

THÈSE 145
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Camille NOUVIAN

Né à Soissons (Aisne), le 19 Avril 1887

L'Opération Césarienne
extrapéritonéale
OU
ACCOUCHEMENT SUPRASYPHYSIAIRE

Président : M. le Professeur P. BAR

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr^e). (Anciennement 8 Rue Casimir-Delavigne)

1912

144

145

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Camille NOUVIAN

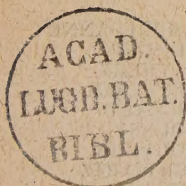
Né à SOISSONS (Aisne), le 19 Avril 1887

L'Opération Césarienne extrapéritonéale

OU

ACCOUCHEMENT SUPRASYPHYSIAIRE

Président : M. le Professeur P. BAR



PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr.). (Anciennement 8 Rue Casimir-Delavigne)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		WEISS
Chimie organique et chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		ACHARD
Pathologie médicale		(WIDAL
Pathologie chirurgicale		(TESSIER
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		PIERRE MARIE
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		MARFAN
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		LETULLE
		ROGER
Clinique médicale		CHAUFFARD
		GILBERT
		DEBOVE
		LANDOUZY
Maladies des enfants		HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		DEJERINE
		PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements		PINARD
		RIBEMONT-DES-
		SAIGNES
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LERI	RETERER
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	LÉPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ MARCEL	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAST-	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	NE	KINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma profonde reconnaissance
et de mon amour filial.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BAR

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE BOVIS

Professeur de Gynécologie et d'Obstétrique à l'Ecole
de Médecine de Reims

Chirurgien-adjoint des Hôpitaux de Reims

CHAPITRE I

Introduction

L'Opération Césarienne abdominale inférieure a été surtout préconisée en Allemagne comme une méthode dépourvue des défauts de la Césarienne classique et munie d'avantages plus grands. Jusqu'à ce jour elle a été assez défavorablement accueillie en France. Elle est cependant une méthode sérieuse et scientifique. D'ailleurs le nom des opérateurs qui la préconisent à l'étranger peut être, sinon une garantie absolue de succès, du moins un encouragement à les suivre dans leurs tentatives généreuses.

Elle vise cet idéal de perfection que l'accoucheur s'efforce d'atteindre quand il intervient : *sauver l'enfant, sauver la mère.*

Elle ne doit évincer ni la Césarienne classique, ni la Pubiotomie, mais compléter les ressources de la thérapeutique obstétricale d'après Frank de Cologne. C'est de ce point de vue que nous traitons la

question, nous efforçant seulement de réunir ici toutes les idées émises et de rapporter les observations les plus intéressantes.

Pour asseoir notre jugement sur une base solide, nous nous appuierons, d'une part, sur l'analyse de **1.025 observations** recueillies dans les littératures allemande, autrichienne, scandinave, belge, italienne, russe et quelques-unes inédites dues à l'obligeance de *M. le Docteur de Bovis* que nous publions à la suite; d'autre part, sur la comparaison des statistiques des opérations qui visent le même but qu'elle. Nous ne doutons pas que ces calculs seront, non seulement rassurants, mais aussi démonstratifs.

Nous devons beaucoup à *M. le Dr de Bovis*, professeur d'Obstétrique et de Gynécologie à l'Ecole de Médecine de Reims, qui, le premier, nous a enseigné l'art des accouchements, nous a inspiré ce travail, aidé de ses bienveillants conseils, de sa bibliothèque et de son expérience de la question, montré plusieurs fois cette opération dans son service de la Maternité. Qu'il nous soit permis, ici, de lui exprimer toute notre reconnaissance; c'est malheureusement la seule preuve que nous puissions lui donner aujourd'hui de notre attachement dévoué.

Nous prions *M. le Professeur Bar*, d'agréer l'expression de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE II

Historique

L'idée d'atteindre l'utérus par une voie extrapéritonéale est déjà vieille. *Von Jorg, de Leipzig*, la conçut en 1806. Il fut suivi par *Ritgen* en 1821 (*Scheidenbauchschnitt*) et par *Physick* en 1822. Ce genre d'opération fut choisie par *Beaude locque* neveu en 1823 en place de l'Opération Césarienne. Nous la voyons à nouveau en 1870 avec *Gaillard Thomas* de New-York, *Skene, Gillette*, qui la pratiquèrent six fois et en Angleterre avec *Hime* et *Edis* qui opérèrent chacun un cas. La mortalité maternelle était à cette époque de 50 o/o, la mortalité infantile de 42,8 o/o (Nürnberg), tandis que du côté de la Césarienne classique, pas une opérée ne guérissait à Paris et que dans les campagnes la mortalité maternelle ne montait qu'à 80 o/o (Ribemont-Dessaignes et Lepage.) Ces résultats déplorables la firent abandonner.

Des améliorations devaient bientôt survenir grâce aux progrès de l'antisepsie et de la technique.

CHAPITRE III

Principe de la Méthode

C'est en 1906, au Congrès de Lisbonne, que FRITZ FRANK reprit la question et fit connaître « l'accouchement suprasymphysaire » (*suprasymphysärer Kaiserschnitt*) avec sept observations à l'appui. Son procédé n'était pas purement extrapéritonéal ; il consistait à se tenir par des sutures en dehors de la grande cavité séreuse. Frank se proposait ainsi d'éviter l'infection du péritoine qui est le principal danger de l'opération classique, surtout quand les femmes arrivent à la clinique avec une poche des eaux rompue, avec un travail avancé et quand elles ont dû subir plusieurs touchers de sage-femme et de médecin, peut-être une intervention quelconque. Sa technique visait à devenir exécutable à n'importe quel moment de l'accouchement. Pour lui, le plus sûr moyen de sauver l'enfant était aussi le meilleur pour protéger la mère contre la maladie et la mort.

En 1908, SELLHEIM DE TüBINGEN, frappé des dangers de l'opération césarienne et des indications toujours limitées des autres procédés opératoires destinés à sauvegarder l'enfant, annonçait une nouvelle technique « *ayant pour but de trouver une voie d'accès relativement peu dangereuse vers le col de l'utérus, prédestiné par la nature à la sortie de l'enfant, dans des conditions qui permettent de pratiquer une opération commode et chirurgicalement exacte.* » On se rapprochait ainsi de la parturition naturelle, qui est le véritable principe de l'obstétrique opératoire. On subissait également la tendance de la chirurgie à faire certaines opérations portant sur le ventre, en tournant le péritoine pour atteindre les organes qu'il emprisonne (Stiassny).

Enfin LATZKO émit l'idée de « *n'ouvrir la poche des eaux qu'après exclusion définitive de la cavité abdominale.* ». Sa technique était la meilleure ; ce fut celle qui réussit le mieux.

Les nouvelles méthodes ont donc pour but :

1^o de laisser intact le péritoine ; d'extraire l'enfant en dehors de lui ;

2^o de rendre non dangereuses à l'égard du péritoine les sécrétions de la plaie dans son voisinage, par l'antisepsie et le drainage ;

3^o de ménager les forces de la mère et de l'enfant ; en un mot d'être le plus *conservateur* possible.

Après de nombreuses expériences portant sur le mode d'incision de la paroi abdominale, de la paroi utérine et de la protection de la grande cavité péri-

tônéale, la perfection opératoire semble enfin acquise. La nouvelle méthode est *simple, chirurgicale et sûre*; elle peut entrer en concurrence avec son aînée la classique, avec la pubiotomie, cela tout à son honneur (FUCHS).

CHAPITRE IV

Considérations anatomiques particulières à la femme enceinte

La méthode est rendue possible par les remarques suivantes, qui détruisent la croyance de plusieurs auteurs à ne pas trouver de place suffisante pour atteindre le segment inférieur de l'utérus et pour faire un accouchement par cette voie.

La grossesse et l'accouchement changent les rapports de l'anatomie normale, par suite du ramollissement intense du tissu cellulaire pelvien, de la diminution en étendue et en solidité des zones d'attache du péritoine. Celui-ci se déplace au-devant de l'utérus qui tire tout ce qu'il a de mobile dans les environs pour s'en couvrir; de sorte que certains **organes deviennent sous-péritonéaux**. Plus la **grossesse** est avancée, plus la zone décollable de la séreuse est grande.

Preuve en est donnée par la possibilité de l'opération césarienne vaginale de Dührsen et de l'hystérotomie antérieure de Bumm.

Le Péritoine. — a) PÉRITOINE DE LA PAROI ABDOMINALE. — Il est attiré en haut par l'extension de la paroi ventrale (Waldeyer). b) PÉRITOINE DE LA VESSIE. Du 5^e au 6^e mois, l'utérus a utilisé les $\frac{2}{3}$ du péritoine vésical ; à la fin de la gravidité les $\frac{3}{4}$; à la période de dilatation il recouvre presque entièrement l'utérus ; à la période d'expulsion il n'adhère plus que par un point seulement au sommet de la vessie (Schröder). Le cul-de-sac vé-ico-utérin est remonté (Sellheim).

c) PÉRITOINE DE L'UTÉRUS. — Il arrive, suivant l'expression de Bonnaire, à flotter comme une voile jetée sur la vessie et le fond utérin. Il reste attaché au niveau de l'anneau de Bandl. L'utérus se trouve donc dépourvu de péritoine à sa face antérieure jusqu'à près de **7 à 8 cm. $\frac{1}{4}$** au-dessus du bord de l'orifice externe du col (Pouillet).

On se rend bien compte de ces dispositions quand on expérimente sur le cadavre d'une femme accouchée, lorsqu'on pousse, comme le faisait von Rosthorn, une injection dans les espaces sous-péritonéaux du bassin : le péritoine est séparé sur une certaine étendue de la paroi abdominale, de la vessie, de l'utérus. La tension du ligament rond soulève le péritoine et facilite le décollement. Lorsque l'utérus est vidé, le péritoine revient dans son domicile, ce qu'on a pu constater dans une opération faite 3 heures après la délivrance. (Sellheim).

La Vessie. — Pendant la grossesse la vessie est aplatie, divisée en 2 poches : abdominale et pelvienne (Saexinger), souvent asymétrique. Les adhérences inter-vésico-utérines deviennent très lâches (Bonnaire) ce qui fait perdre à la vessie un de ses moyens de fixité. Elle reste attachée au vagin. La séparation du col utérin et de la vessie se fera facilement sans perte de sang.

Le segment inférieur et ses Vaisseaux sanguins. — La musculieuse est impropre à l'expulsion : c'est un canal de passage uniquement capable de s'assouplir pour permettre l'expulsion de l'œuf à terme. Il se distend le mieux en avant, peut prendre des dimensions considérables à l'approche du terme jusqu'à 12 cm., tandis que son épaisseur se maintient à 4 mm. Cette partie inférieure de l'utérus est dépourvue d'anastomoses vasculaires sur la ligne médiane, suture des deux canaux de Müller primitifs, suivant une espace losangique à extrémités aiguës supérieure et inférieure, où par conséquent il est tout indiqué de faire porter une incision. Les réseaux veineux sont latéraux ; la veine coronaire d'après Henning manque souvent et ne serait d'ailleurs pas atteinte.

On peut se rendre compte par ces détails que le maximum de place extrapéritonéale sera atteinte quand on voudra l'utiliser pour une section césarienne, soit en repoussant, vers le haut le repli péritonéal, vers le bas la vessie, soit en les décollant tous deux partiellement par des manœuvres opératoires.

CHAPITRE V.

Indications

Les indications varient avec chaque auteur, suivant sa préférence personnelle pour tel ou tel genre d'opération. C'est ainsi que Sellheim veut qu'on se serve uniquement de la césarienne extrapéritonéale au lieu des césariennes classique et vaginale ; que Fromme exclut complètement cette dernière ; que d'autres éloignent classique et pubiotomie avec Blumreich ; que Baisch la fera de parti pris toutes les fois qu'une césarienne sera indiquée ; tandis que certains distingueront Classique et Extrapéritonéale en se basant sur l'asepsie sûre ou douteuse du contenu utérin. Les indications se ressentiront donc bien souvent de ces diverses opinions.

Voici celles que nous avons rencontrées au cours de la lecture des observations.

A. DANS L'INTÉRÊT DE LA MÈRE :

1^o Frank a inventé la méthode pour les cas infec-

tés, en place de la césarienne classique chez les femmes : a) qui ont de la *fièvre*, b) qui ont *les eaux infectées*, c) qui sont depuis longtemps *en travail*, d) qui ont subi des *touchers*, e) qui ont subi des *interventions* quelconques, parce qu'au lieu d'une péritonite fatalement mortelle, on aurait tout au plus à craindre une suppuration de la plaie cutanée.

Dans un cas où la femme avait 38° de température, de nombreux streptocoques et staphylocoques dans la cavité cervicale et le liquide amniotique, Bondy choisit la voie extrapéritonéale avec des suites fort bonnes. Il conclut : « Si on n'avait pas fait la césarienne, cette femme qui avait déjà eu 4 enfants morts, aurait encore perdu celui-ci. » Aussi, Küstner ne voit-il aucun cas d'infection capable de la contre-indiquer, dans lequel il faudrait se résoudre à une opération de Porro ou à une perforation d'enfant vivant. Baisch ferait quelques réserves ; pour lui elle serait propre aux cas suspects qui ne sont pas encore atteints par la fièvre, mais où la décomposition du liquide amniotique est vraisemblable. C'est de cet avis que se rapprochent aujourd'hui la grande majorité des auteurs.

Pour les cas les plus septiques, Sellheim ferait l'accouchement par fistule abdomino-utérine.

A fortiori, l'opération serait possible chez les femmes dont on peut garantir l'asepsie.

2°) Dans les *dystocies osseuses* : les rétrécissements du bassin (bassin plat, bassin juxto-minor, bassin cyphotique, bassin coxalgique, rachitisme (Grünn-

baum) et bassin en entonnoir, ostéomalacie (Uthmöller) quand la tête ne s'engage pas, restant obstinément fixée au-dessus du détroit supérieur.

Fromme ferait toujours cette opération chez les femmes à bassin rétréci. Richter, dans sa statistique, intervint une fois pour *conjugata vera* de 5 cm.; 3 fois pour 6 cm. 5; 2 fois pour 7 cm.; 2 fois pour 7 cm. 1/4; 3 fois pour 7 cm. 1/2; 1 fois pour 8 cm. Bumm aussi intervint 4 fois dans des bassins de 7 cm. 1/2.

3° Dans les *dystocies des parties molles* : la résistance des parties génitales trop étroites et du périnée; la rigidité du col, ses déviations, son œdème, son oblitération; le carcinome de l'utérus; les fibromes; les kystes de l'ovaire; la faiblesse des contractions utérines, leur irrégularité.

4° Dans certaines maladies : l'*Eclampsie* et l'œdème des parties génitales; dans la *Tuberculose pulmonaire* (Sellheim), dans la Méningite; les *tumeurs pelviennes*; le *placenta prævia*, mais pour Lange ce ne serait pas une indication à moins qu'il n'y ait une autre intervention à faire (b. rétréci), dans le goitre accompagné de *cardiopathie* (Sellheim), dans l'*ulcère de la lèvre antérieure du col* (Sellheim); dans le cancer du Rectum (Ballerini).

5° Quand la femme veut *un enfant vivant et intact*: pour Hofmeier la nouvelle césarienne est le moyen le plus facile; quand la patiente veut une opération qui la *secoue le moins* et lui fasse courir le moins de risques possibles (Kahn).

6° Chez les femmes qui ont déjà eu *plusieurs grossesses* (4, 6 et 8), qui se sont toutes terminées par la mort ou la perforation de l'enfant ; chez celles qui ont subi *antérieurement* une césarienne classique, ou une pubiotomie (2 pubiotomies dans un cas de Bovis) ; chez les *primipares* à bassin rétréci au lieu de la pubiotomie trop mortelle.

Enfin, Richter, dans l'incertitude où il se trouvait de faire une césarienne classique ou une pubiotomie, pratiqua la nouvelle opération.

7° Dans la *rupture menaçante ou incomplète de l'utérus* : a) si l'enfant est *vivant*, l'accouchement *non* terminé, ou b) s'il est *mort*, la méthode de choix est celle de Latzko (Rülhe). Fraipont fit de *même* une fois l'intervention pour un enfant mort, dans un bassin rétréci. Rülhe, dans un cas compliqué de rupture de vessie dans un bassin rétréci avec enfant vivant la pratiqua encore. La déchirure commençait dans la paroi postérieure du fond vésical, se poursuivant sur la paroi antérieure du segment inférieur fortement dilaté ; le péritoine n'était pas blessé. Les sutures furent faites au catgut, les espaces vides tamponnés ; le drainage se fit par la paroi abdominale. Cathétérisme 3 fois par jour. La femme meurt le 5^e jour. L'autopsie montre l'absence de péritonite, et la cause de la mort due à un phlegmon prenant naissance à côté de la déchirure vésicale dont la suture n'avait pas tenu. c) dans un cas de rupture ancienne avec accouchement terminé, ce sera le bon chemin pour *traiter, sur place même*,

surtout dans les cas où elle n'atteint pas l'orifice externe du col ou le vagin, et ceux compliqués de blessure de vessie.

Quand la femme ayant un utérus rupturé ne veut aucune *extirpation totale*, Engelmann de Dortmund pratique la césarienne extrapéritonéale. Dans un cas, la femme mourait le 2^{me} jour de phlegmon, mais non de peritonite ; elle était manifestement infectée au moment de l'opération et la plaie opératoire avait été souillée de liquide amniotique et d'urine.

B. — DAMS L'INTÉRÊT DE L'ENFANT :

1° Dans la *procidence du cordon*, non réductible.

2° Dans la procidence d'un membre et dans quelques cas de *présentation* du siège, du front, de la face, de l'épaule ; dans la grossesse gémellaire.

3° Dans les *irrégularités* du cœur fœtal, la souffrance du fœtus.

4° Quand l'accouchement spontané avec enfant vivant est peu probable ; dans le cas de *gros enfant* avec bassin petit ou de trop grande différence entre la tête et le bassin ; dans les cas où l'enfant aurait été perforé : « ce seul fait suffit pour que je lui donne l'avantage » ; dit Blumreich.

C. — DANS L'INTÉRÊT DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT : dans les bassins viciés ou normaux, au cas où l'accouchement leur est peu favorable.

CHAPITRE VI

Contre-Indications

Frank, Bumm, Küstner ne voient aucune contre-indication à l'opération. Ils la prétendent fort bonne dans les cas impurs ; ils la vantent meilleure dans les cas purs. Aussi condamnent-ils la césarienne classique et la pubiotomie : c'est aller trop loin.

Pour Fuchs, les cas avec infection manifeste et progressive, avec atteinte à l'état général, ne sont pas du domaine de la césarienne extrapéritonéale, car les résultats ne sont pas bons, pas plus d'ailleurs pour elle que pour toute autre.

Et Bumm, dans un travail récent, amplifie encore cette réserve, avec un peu trop de rigueur selon nous, comme les chiffres le prouveront.

On avait voulu au début faire trop promettre à la suprasymphysaire ; on opérait, systématiquement et

d'emblée, tous les cas : on lui fit supporter des cas désespérés ; il était inévitable qu'elle tienne moins. Il faut *savoir opérer quand il faut*, ni trop tôt ni trop tard.

Les cas profondément infectés donnent souvent des catastrophes. Selheim leur réserve la fistule abdomino-utérine,

CHAPITRE VII

Généralités sur les différents temps de l'opération

SOINS PRÉLIMINAIRES. -- Ils se réduisent à ceux qu'il faut prendre pour ranimer l'enfant, si besoin est.

PRÉCAUTIONS ANTISEPTIQUES. — Il y a toujours lieu d'en prendre et des plus rigoureuses, puisque l'opération se passe chez des femmes le plus souvent infectées. Beaucoup d'auteurs les négligeaient, se croyant, de par l'opération, à l'abri de l'inflammation. C'était une très grande erreur. Les graves accidents rencontrés au début lui sont imputables.

Il convient de faire non seulement de l'asepsie mais aussi de l'antisepsie. Dans cette dernière année, les auteurs suivent l'exemple de *Gottschalk*, en lavant la plaie opératoire avec de l'alcool à 80°, avec une solution alcoolique d'iode, avec de

l'eau chlorée au 1/3 (Heimann), cela avec les meilleurs résultats.

MODE D'ANESTHÉSIE. — Tous les modes d'anesthésie, soit générale, soit locale, soit rachidienne, ont été employés. En Allemagne on a souvent recours à l'injection vertébrale de stovaine-adrénaline, et à l'injection de scopolamine-morphine.

L'INCISION DE LA PAROI ABDOMINALE. — Elle a été faite *longitudinale* comme dans la laparotomie. L'insision *transversale* de Pfannenstiel emporte à l'heure actuelle tous les suffrages ; elle donne une cicatrice plus esthétique, solide, moins impressionnante pour les femmes, car « dans leur esprit, une incision sus-pubienne ne les ouvre pas. » (de Bovis). La statistique de Klotz, portant sur 636 incisions transversales ne rapporte que 16 hernies soit 2,5 o/o. Enfin, en écartant les muscles droits de l'abdomen, on réalise un espace suffisant sans inciser de tissu musculaire.

On place la patiente dans la *position de Trendelenburg*.

LA PROTECTION DU PÉRITOINE. — LA VESSIE. — Il y a trois grandes façons d'opérer :

1° *en dehors du péritoine*, en refoulant la graisse pré-péritonéale, le cul-de-sac vésico-utérin, soit avec les doigts, soit avec des ciseaux : a) *de bas en haut* comme dans la première méthode de Sellheim, b) *latéralement* comme Freund, Döderlein, Latzko. Mais il faut bien reconnaître la vessie, à la direction

longitudinale de ses vaisseaux, à la sensation de double paroi que l'on éprouve au toucher, en la remplissant de liquide au préalable (Bartholdy), en introduisant une sonde dans la vessie (Runge).

Le meilleur moment pour opérer est, suivant Rœmer, *la fin de la période de dilatation. parce que le t'avail mobilise la séreuse sur 6 à 9 cm. et la refoule* (Fromme). Elle reste adhérente au niveau de l'anneau de Bandl; il faut se méfier d'y faire un trou, qui serait aussitôt obturé par une suture ou par une pince. Le décollement est facile; il faut ménager la dislocation du tissu cellulaire pelvien (Baisch).

2° Quelques opérateurs font *une fenêtre dans le péritoine*, pour s'assurer au travers, des rapports de voisinage et la referme aussitôt, continuant d'opérer en dehors du péritoine.

3° D'autres pour éviter le décollement du péritoine vésical parfois fort adhérent sur 2 à 3 cm. au sommet de la vessie, *sectionnent le repli vésico-utérin* soit longitudinalement, soit transversalement, abandonnent un lambeau de péritoine à la vessie et suturent par dessus les 2 bords supérieurs ensemble. Après l'opération, Baumm, Fromme, Veit, Fraipont, *rétablissent la disposition anatomique de la séreuse*; Frank, Sellheim (2^e et 3^e méthodes) laissent les sutures; Sellheim après sa fistule abdomino utérine intervient une seconde fois pour remettre tout en ordre.

En général, il faut opérer extrapéritonéalement et non transpéritonéalement.

L'INCISION DE L'UTÉRUS. — Là aussi il faut *attendre les douleurs* qui font prendre un bon développement au segment inférieur (Sellheim). Elle se fait pour Frank du côté où menace la rupture. D'autres conseillent de se repérer sur la position de la vessie, à droite ou à gauche, d'opérer sur le côté opposé, à gauche ou à droite. Si la vessie est asymétrique, on choisit le côté où se trouve le pariétal (Bumm).

Elle est faite : 1^o *longitudinale, sur la ligne médiane* : pas une goutte de sang ne s'échappe. Elle doit être suffisamment longue pour mettre à l'abri des déchirures lors de l'introduction de la main ou du passage du fœtus. Elle ne se prolongera jamais, dit Bumm, si elle mesure *entre 8 et 12 cm.* Czyzewicz conseille de la faire partir de l'insertion du péritoine sur l'utérus jusqu'à $1\frac{1}{2}$ cm. au-dessus de l'orifice externe du col, sans toutefois l'atteindre comme le fait Sellheim. Par cette incision verticale, il est plus facile de blesser le péritoine.

2^o *longitudinale et latérale.* L'hémorragie des plexus latéraux et rare.

3^o *transversale*, comme le conseillait Kehrer. Elle est aujourd'hui abandonnée à cause de l'hémorragie et de la mauvaise cicatrice.

4^e *en croix.* Elle est restée à l'état d'expérience.

Lorsqu'on incise il faut prendre garde de ne pas blesser la tête du fœtus qui est parfois accolée à la paroi très amincie du segment inférieur.

LA POCHE DES EAUX. — Si elle ne s'est pas rompue naturellement, on la rompt artificiellement au moment de l'opération, soit par le vagin, soit par la plaie utérine. Il est de toute nécessité de garantir le champ opératoire par des compresses stériles: c'est de cette préoccupation que vont dépendre des suites de couches afébriles.

L'EXTRACTION DE L'ENFANT. — L'occiput doit correspondre à la plaie.

1^o L'enfant est parfois expulsé *naturellement* au moment d'une contraction utérine.

2^o D'autres fois l'extraction est *malaisée*. On voit bien la tête mais on ne peut l'*énucléer* par pression latérale. On presse du côté du fond utérin et du côté du vagin. On cherche à la saisir avec la main. Bumm tire sur l'oreille.

3^o On peut faire *la version* après introduction de la main par la plaie utérine et saisie d'un pied.

4^o On peut appliquer le *forceps* ou une de ses branches seulement, s'en servir comme *levier*. Frank a fait construire un petit forceps tout spécialement, Latzko une grande pince, Sellheim un levier courbe. Ce dernier prétend avoir toujours eu assez de place pour ses manipulations.

L'enfant vient au monde le plus souvent *en criant*. Quand elle existe, l'asphyxie est peu profonde et l'enfant très vite ranimé.

LA DÉLIVRANCE. — Elle se fait par un chemin tout à fait *physiologique*. L'utérus se contracte bien,

ne saigne pas. D'ailleurs une injection hypodermique d'ergotine ou d'adrénaline a pu lui rendre sa vigueur. Si on ne veut pas brusquer la délivrance en la faisant *manuellement*, on attend l'effet des dernières douleurs : elle se fera *naturellement*, soit par la plaie utérine, soit par le vagin si on ferme la brèche utérine. La perte de sang n'est pas plus grande que dans la délivrance normale (Bardeleben). Le tamponnement consécutif conseillé par Dührssen est inutile.

LES SUTURES. — Elles se font au catgut, à la soie. Frank ne prend pas même ce soin, bien souvent. La suture du segment inférieur est facile ; elle n'est pas indiquée par l'hémorragie qui n'existe pas. Il est inutile pour parer à l'enfoncement hypothétique du segment inférieur dans le bassin après l'accouchement de passer au préalable un fil dans chacune des lèvres de la plaie.

On fera une suture unique ou une suture à étages. On replacera le péritoine sur la plaie ce qui évitera la fixation à la paroi abdominale.

LE DRAINAGE. — 1°) Le sang, le liquide amniotique, les sécrétions sont les facteurs de l'inflammation. Ils forment des *milieux nutritifs* tout préparés pour la culture et la pullulation des microbes. Il faut non seulement combler les espaces morts avec de la gaze antiseptique (Baumm, Pfannenstiel), mais évacuer ces sanies, drainer, dans les cas douteux surtout (Kneise, Frank, Latzko, Küstner), les

espaces rétro-vésical et pré-utérin : A) *par le vagin* (Engelmann, Fromme) parce qu'il répond au point le plus déclivé. Cela n'amène pas toujours de vaginofixation. Les mauvais résultats accompagnent les mauvais drainages (Kneise). B) *par la paroi abdominale* pour les points situés derrière elle. Cette dernière voie peut suffire à elle seule ; elle est souvent préférée car le pire qui puisse arriver est une fistule, faible inconvénient en regard des péritonites que donne en pareil cas l'opération classique.

L'absence de drainage pourrait amener en face de la ligne des sutures le développement d'un abcès ; on l'inciserait.

2°) *La cavité utérine se draine elle-même* ; Rühle y place de la gaze iodoformée.

Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord sur la nécessité du drainage, qui ne retient pas les femmes plus longtemps à la clinique, elles sortent le 15^e et 21^e jour.

SOINS CONSÉCUTIFS. — Ils sont les mêmes que pour une opération abdominale quoique plus faciles, et consistent à surveiller *la plaie et le pansement*. L'enfant ne demande pas d'autres soins que ceux habituels.

LA DURÉE DE L'OPÉRATION. — Les opérateurs qui ont beaucoup l'habitude de ce genre de césarienne, comme Frank et Latzko, ne mettent pas plus de 20 minutes. D'autres la font durer 10 minu-

tes de plus à faire un tamponnement intra-utérin le plus souvent inutile. La moyenne de 7 opérateurs³ donne 25 minutes. La classique, d'après Ribemont Dessaignes et Lepage occuperait pendant 25 minutes à 1 heure. La durée est plus courte dans la symphyséotomie (Runge), mais en tenant compte de l'accouchement, elle dépasse plus d'une heure.

CHAPITRE VIII

Les différentes techniques

Aujourd'hui les publications sur ce thème sont nombreuses ; on compte plus de 20 techniques particulières qu'il est nécessaire de grouper ainsi :

A. Méthode transpéritonéale (où les péritoines pariétal et utérin sont suturés et remis en place après l'opération).

1^o PREMIER PROCÉDÉ DE FRANK, *ou Accouchement suprasymphysaire ou Hystérotomie transpéritonéale* :

Incision transversale de la paroi abdominale à deux travers de doigts au-dessus de la symphyse. Position de Trendelenburg. L'utérus est laissé dans la cavité abdominale. Incision transversale du péritoine pariétal et du pli vesico-utérin. Suture des 2 bords péritonéaux supérieurs, pariétal et utérin.

Ensuite, incision transversale du segment inférieur sur 8 cm. de long. Sutures.

2^e SECOND PROCÉDÉ DE FRANK :

Fenêtre dans le péritoine et suture. Continuer comme précédemment en dehors du péritoine. Il fut suivi par *Fromme, Veit et Baumm*.

3^e PREMIER PROCÉDÉ DE VEIT ET FROMME :

Comme Frank (1^{er} procédé). Seulement, après la suture de l'utérus, on défait la suture péritonéale temporaire, on resuture les 3 morceaux de péritoine l'un avec l'autre pour lui rendre sa disposition naturelle, dans le but d'éviter des adhérences.

4^e SECOND PROCÉDÉ DE VEIT ET FROMME :

Incision longitudinale verticale de la paroi abdominale sur 12 cm. Mobilisation du péritoine, incision longitudinale. Pincer le péritoine utérin avec le péritoine pariétal sur les bords de la plaie cutanée. Incision longitudinale du segment inférieur. Après sa suture, rétablir la disposition anatomique du péritoine par des sutures.

5^e PROCÉDÉ DE PFANNENSTIEL, ou opération césarienne cervicale :

Incision transversale de la paroi. Ouverture transversale du pli vésico-utérin. Incision longitudinale du segment inférieur et du col. Péritoine remis en place.

6^e SECOND PROCÉDÉ DE SELLHEIM.

Incision transversale de la paroi et du péritoine pariétal au niveau de la vessie. Suture du bord

pariétal au péritoine utérin par double surjet. Incision transversale dans le fond du pli vésico-utérin. Pénétrer dans l'espace sous-séreux précervical et continuer comme dans le 1^{er} procédé de Sellheim (Voir plus loin). Péritoine remis en place. — Ce procédé rallia *Rubesk*, *Pfannenstiel*, *Hammerschlag*, *Franz* et *Fraipont*.

7^o TROISIÈME PROCÉDÉ DE SELLHEIM :

A peu près comme le second, mais après l'ouverture du péritoine, incision du fond vésico-utérin, suture des péritoines pariétal et utérin. Rétablir la disposition normale du péritoine.

8^o PROCÉDÉ DE BAUMM :

Semblable au premier procédé de Veit, avec remplacement de la suture des bords péritonéaux par des pinces. Péritoine remis en place.

9^o PROCÉDÉ DE RUBESKA :

Incision abdominale médiane. Voie transpéritonéale.

10^o PREMIER PROCÉDÉ DE HOFMEIER :

Comme le second de Veit, avec suture séro-séreuse. Drainage. Voie transpéritonéale. Péritoine remis en place.

11^o PROCÉDÉ DE FREUND :

Incision transversale des téguments. Technique transpéritonéale, décollement de bas en haut et latéralement. Incision médiane et longitudinale du col et du segment inférieur.

12^o PROCÉDÉ DE FRAIPONT :

Incision longitudinale de la paroi abdominale et du péritoine pariétal.

Suture séro-séreuse du péritoine utérin au péritoine pariétal, tout autour de la plaie abdominale. Alors seulement ouverture du péritoine viscéral, le décoller, le pincer avec le péritoine pariétal. Incision verticale de l'utérus sur 9 cm., sans décoller la vessie. Accouchement spontané, aidé par des pressions latérales. Tamponnement utérin avec de la gaze iodoformée. Suture utérine par points séparés à la soie. Ablation des pinces, suture séro-séreuse. Ablation du surjet placé sur le péritoine pariétal. Rendre la disposition anatomique primitive. Fermeture de la paroi en plusieurs plans.

B. Méthode extrapéritonéale (séparation du péritoine et du sommet de la vessie).

1^o PREMIER PROCÉDÉ DE SELLHEIM ou *Hystérotomie sous-péritonéale suprasymphysaire* :

Position élevée du bassin. Incision transversale de 15 à 20 cm, concave en haut, à 5 cm. au-dessus du pubis. Décoller le péritoine et la vessie de bas en haut, la vessie de l'utérus jusqu'au vagin, avec le doigt sur une étendue de 15 cm. Pli vésico-utérin repoussé en haut par une valve, vessie en bas par une autre valve. Incision verticale et médiane du segment inférieur et du col. Tamponnement utéro-vaginal. Double suture utérine. Quelques points de suture sur le tissu inter-pariéto-péritonéal.

Un grand nombre d'accoucheurs l'essayèrent :
Küstner, Krämer, Hofmeier, Czyzewicz, Luchsinger, Bumm, Jahreiss, Freund.

2° PROCÉDÉ DE CYZEWICZ :

Incision médiane à travers la paroi abdominale jusqu'au péritoine. Ensuite extrapéritonéale comme le premier procédé de Sellheim.

3° SECOND PROCÉDÉ DE HOFMEIER :

Incision médiane de la paroi abdominale, au-dessus de la symphyse. Extrapéritonéale. Péritoine remis en place.

C. Méthode Prépéritonéale. (après avoir rempli la vessie, repousser le péritoine sur le côté, entre vessie et utérus.)

1° PROCÉDÉ DE LATZKO *ou opération césarienne prépéritonéale* : décrit par M. LE D^r DE BOVIS.

Ne pas sonder la malade. Incision de Pfannens-tiel. Constater l'écartement des muscles grands droits. On se trouve dans la graisse préviscale. Reconnaître la vessie, qui est maintenant au-dessus du pubis, à sa dilatation (elle est pleine d'urine ou de liquide injecté). Regarder de quel côté elle s'incline. Continuer l'opération du côté opposé. Aller dans un angle de la plaie (gauche généralement) et sur la face antérolatérale de l'utérus, chercher, sous la graisse dissociée au doigt, le pli blanchâtre qui marque la limite inférieure du péritoine utéro pariétal. Suivre ce repli blanchâtre vers la ligne médiane et le décoller de la face antérieure de l'utérus et

s'il y a lieu de la face postérieure de la vessie ; le refouler bien haut. Décoller l'utérus de la vessie, poursuivre ce décollement le plus bas possible. Incision sur la ligne médiane du segment inférieur de l'utérus, prolongée aussi bas que possible (un aide réclinant pendant ce temps la vessie en haut et en dehors, la malade étant en position de Trendelenburg.), plutôt plus longue que trop courte, de façon à admettre au moins le poing de l'accoucheur. Si la poche des eaux est intacte, pour ne pas être inondé, la rompre avant l'opération. Extraction de l'enfant. Si l'accoucheur a une petite main, tous les instruments sont inutiles. Il suffit de déloger la tête à la main. Si on n'y réussit pas (ce qui est fort possible) enfoncer main et avant-bras, aller à la recherche des pieds. On extrait le fœtus par le siège. Extraire le délivre ou le laisser expulser. Sutures. Commencer par l'angle supérieur et tout en tirant sur le fil (surjet) en arriver à l'angle inférieur. L'incision diminue d'au moins de moitié.

2^e PROCÉDÉ DE DODERLEIN :

Incision parallèle à l'arcade de Poupart (Inguinotomie) de l'Épine Iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la symphyse. Il opère plutôt à droite qu'à gauche, bien qu'on puisse opérer de n'importe quel côté. Passer à travers les muscles grand et petit obliques, le muscle transverse abdominal. Couper entre deux ligatures les vaisseaux épigastriques. Introduire la main pour décoller ; repousser péri-

toine en haut, vessie en bas. On aperçoit le bord latéral de la vessie, le ligament rond et l'uretère. Incision extra-médiane du segment inférieur. Extraction par forceps. Double suture utérine. Drainage par mèche de gaze iodoformée. Il eut comme imitateurs : *von Rosthorn, Schauta, Fuchs, Scheidler, Rosenfeld et Küstner*.

D. MÉTHODE DE LA FISTULE UTÉROABDOMINALE
(*Uterus bauchdecken fistel*) de *Sellheim et Courant* ou
4^e PROCÉDÉ DE *SELLHEIM* :

Incision abdominale médiane commençant immédiatement au-dessus du pubis. Suture du péritoine utérin. Suture au péritoine pariétal du péritoine utérin des 2 côtés. Extrapéritonéale. Décoller la vessie de l'utérus. Incision verticale et médiane du segment inférieur, couche par couche. Des pinces retiennent les parois utérines aux bords de la plaie abdominale. (Ne pas prendre les membranes, la peau ou les cheveux de l'enfant.) Quand l'enfant est extrait, on remplace les pinces par des sutures. Au cinquième jour, il ne reste plus qu'un orifice de 5 cm. Aviver la fistule si elle ne guérit pas spontanément. C'est une véritable marsupialisation de la cavité utérine. Il avait eu pour précurseurs en France *Tarnier et Guéniot*. Il eut comme partisans, *Rubeska et Pfannenstiel*.

E) LA LAPARO-COLPO-HYSTÉROTOMIE DE SOLMS-DÜHRSEN ou *Flankenkaiserschnitt* de *Solms* ou
« *Accouchement à la Bouddha* » de *Dührssen* :

C'est une combinaison de la Gastro-Elytrotomie

de von Ritgen et de la Césarienne vaginale de Dührssen. Inguinotomie droite. Décoller vessie et péritoine sans l'ouvrir. Incision par le vagin du côté latéral droit de l'utérus. Extraction de l'enfant par la plaie abdominale. Par la plaie vaginale : écoulement du liquide amniotique, extraction du placenta, drainage des lochies par ce point déclive.

Ce procédé soulève de nombreuses difficultés pour opérer à la fois par le haut et par le bas.

CHAPITRE IX

Mortalité Post-Opératoire

Mortalité maternelle. — Sur **1.025** observations de Césarienne abdominale inférieure que nous avons pu réunir, nous avons en tout **69** cas de morts, soit une *mortalité globale* de **6,7 o/o**. Sur ces 69 décès :

1) **37** sont dus à l'*infection*, soit **3,6 o/o** de *mortalité globale par infection* ; en éliminant 7 décès dont la cause ne paraît pas imputable à l'opération la mortalité descend à **2,9 o/o**.

En distinguant les principaux groupes de procédés, nous voyons, en ce qui concerne l'infection :

a) après la *Césarienne extrapéritonéale* : 5 morts sur 282 cas, soit **1.7 o/o**, ou encore :

a) d'après le *procédé de Sellheim* : 3 morts sur 164 cas, soit : **1,8 o/o**.

b) d'après le *procédé de Latzko* : 2 morts sur 118 cas, soit : **1,6 o/o**.

b) après la *Césarienne transpéritonéale* : 2 morts sur 72 cas, soit **2,77 o/o**.

c) après la *Césarienne de Solms* : 9 cas et 0 décès.

Enfin, sur un ensemble de **125** cas, triés, et considérés par les opérateurs comme très infectés : 12 morts, soit **9,6 o/o**. Si on tient compte de 1 décès par éclampsie, de 1 décès par iléus paralytique, ce pourcentage devient **8 o/o**.

Les causes les plus habituelles entraînant la mort sont : la péritonite généralisée et la pelvi-péritonite, le phlegmon du tissu cellulaire pelvien, le phlegmon de la paroi abdominale, la septicémie, le phlegmon occupant tout le paramétrium remontant jusqu'au sacrum (Baumm) la nécrose du tissu cellulaire avec gangrène de vessie (Döderlein).

2 11 sont survenus chez des *éclamptiques*, par coma presque toujours, rarement par embolie pulmonaire.

3) 21 de causes diverses, parmi lesquels on peut en éloigner 10 dus : à une méningite purulente, à un carcinome, à une pneumonie accompagnée d'influenza, à l'anémie suraiguë par placenta prævia, à l'anesthésie, à une tumeur de la rate avec myomes utérins, à la péritonite par perforation (ulcère stomacal), quelques fois à une cause indéterminée. Les 11 autres se rapportent à des cas d'*iléus paralytique* et d'*embolie de l'artère pulmonaire*.

Mortalité infantile. — Sur 694 enfants dont

nous connaissons le sort, **33** ont succombé, soit une *mortalité globale de 4,75 o/o*.

Sur ce nombre 25 sont à *exclure*, parce qu'ils sont dûs : à une hémorragie intra-crânienne, à une hémorragie méningée, à l'hydrocéphalie, aux convulsions, à une pneumonie, à un placenta prævia, à une infection pneumococcique, à l'éclampsie, à la procidence du cordon, ce qui réduit la proportion à **1,15 o/o**.

CHAPITRE X

Incidents Opératoires

Ils sont insignifiants et dans aucun cas ne mirent les femmes en danger. Voici ceux que nous avons rencontrés en parcourant **726** observations détaillées sur ce point :

1° *La blessure du péritoine au moment du décollement* est survenue 97 fois, soit **13,3 o/o** sans distinction de méthodes et de procédés.

Par l'emploi de la *méthode extrapéritonéale*, 32 sur 236 cas, soit **13.1 o/o** ; par la *méthode transperitonéale* : 0 fois sur 41, soit **0 o/o**.

Si nous faisons un parallèle entre les décollements s'effectuant :

1° *de bas en haut*, 2° *latéralement*, nous trouvons :

1° dans le *premier procédé de Sellheim* : sur 107 cas, 12 déchirures, soit **11.2 o/o**.

2° dans le *procédé de Latzko* : sur 137 cas, 10 déchirures, soit **7.2 o/o**.

2° la *Blessure du péritoine au moment de l'extraction de l'enfant*, 26 fois sur les 726, soit **3.5 o/o**.

6 fois sur 236 cas d'*extrapéritonéale*, soit **2.54 o/o**.

0 fois sur 41 cas de *transpéritonéale*, soit **0 o/o**.

3° La *Blessure de la vessie*, 16 fois sur 726 cas, soit **2.2 o/o**, surtout quand les parois sont très amincies (Pfannenstiel);

a) en décollant de *bas en haut*, par le procédé de Sellheim: 1 déchirure de vessie sur 107 cas, soit **0,93 o/o**.

b) en décollant *latéralement*, par le procédé de Latzko: 0 fois sur 137, soit **0 o/o**.

4° L'*hémorragie* au cours de l'opération: 22 fois, soit **3 o/o**.

5° La *déchirure du muscle utérin*, au moment du passage de l'enfant est arrivée 3 fois: 2 fois par une méthode extrapéritonéale, 1 fois par une transpéritonéale.

Les suivants sont rares, plutôt des vues de l'esprit que des réalités: la blessure de l'artère et de la veine iliaque externe, la déchirure de l'urèthre, des uretères (procédé de Döderlein), l'hémorragie de la veine de Kranz (Hofmeier), l'hématome sous-péritonéal, la suture péritonéale protectrice qui saute pendant la sortie de l'enfant, la rétention des membranes dans l'utérus.

Lorsqu'une déchirure est faite dans le péritoine, la plupart des auteurs suturent les deux bords péritonéaux, continuent d'opérer ainsi en dehors du péritoine, sans dommage pour l'opérée. Elle survient d'autant plus facilement que le segment inférieur n'est pas préparé par les douleurs et qu'on décolle plus haut.

CHAPITRE XI

Suites de Couches et Complications

1^o Pour la mère, les suites désagréables que l'on rencontre sont tout d'abord celles qui arrivent dans n'importe quelle intervention : bronchite, angine, pneumonie ; puis quelques-unes particulières : l'infection et ses conséquences le plus souvent locales. Sa constance est telle que certains auteurs sont allés jusqu'à dire que le *tissu cellulaire pelvien ne résiste pas si bien que le sensible péritoine* (Martin, Pfannenstiel, Krönig). Des phénomènes inflammatoires latents peuvent être réveillés par le traumatisme. Le gonocoque qui n'est pas pyogène, prépare souvent le terrain aux infections secondaires (Bumm). Le *bacterium coli* serait également en cause à côté des streptocoques, staphylocoques et diplocoques (Kneise).

Nous donnons le petit tableau suivant basé sur

162 cas et emprunté à **Holzapfel** sur les suites opératoires :

abcès de la paroi abdominale	21 fois.
fixation utérine en avant	6 —
pneumonie	3 —
fistule vésicale	3 —
phlegmon du tissu cellulaire pelvien	2 —
fistule ventro-utérine passagère	2 —
péritonite	1 —
incontinence d'urine	1 —
érysipèle	1 —
phlébite	1 —
expulsion de fil de sutures par le vagin	1 —

Nous ajoutons comme tout à fait exceptionnel : 1 cas d'inversion utérine survenue à Küstner après le procédé de Sellheim et la délivrance naturelle, l'embolie pulmonaire non mortelle (Lange), l'attaque de manie chez une éclampsique, le thrombus, la suppuration utérine, l'ictère, l'albumine, l'œdème des organes génitaux externes, des troubles urinaires, une hémorragie utéro-vaginale quelques heures après l'opération (Fraipont), la gangrène de la paroi utérine dans un cas de fistule de Sellheim.

D'après Lange, les femmes sont rétablies du 12^e au 26^e jour, pas une seule n'est retenue à cause de non réunion par première intention. Grünbaum, tout en étant moins affirmatif, ne voit aucune influence pouvant empêcher la femme de gagner sa vie.

2^e Du côté de l'enfant, rien de particulier à signaler qui soit imputable à la nouvelle opération.

MORBIDITÉ

Sur **430** cas que nous avons rassemblés dans la littérature avec des renseignements suffisants, nous trouvons 105 fois en cause une affection quelconque, soit **24.4 o/o** de morbidité globale.

Elle se décompose ainsi :

Morbidité par infection puerpérale grave : 3 fois, soit **0.6 o/o**.

— *par infection puerpérale légère (rétention lochiale)* : 36 fois, soit **8.4 o/o**.

— *par phlegmalia* : 12 fois, soit **2.7 o/o**.

— *par suppuration, abcès, etc...* : 40 fois, soit **9.3 o/o**.

— *par manifestations vésicales* : 8 fois, soit **1.8 o/o**.

Soit au total : **21 o/o** de morbidité infectieuse.

CHAPITRE XII

Suites tardives

En général, quand la femme quitte les cliniques, on trouve au toucher l'utérus en bonne antéflexion, encore un peu gros, facilement mobile, pas douloureux, en un mot reprenant ses rapports normaux.

Mais dans le cas où il y a eu suppuration, il y a production de tissu cicatriciel, d'adhérences dans le paramétrium, qui engendrent l'immobilité du col utérin, par suite la version ou la flexion du corps. Cette conséquence est la plus fréquente sans être aussi grave qu'on pourrait le croire à première vue, car dans toute la littérature on ne rencontre que le cas de Frank, suivi de rétroflexion, qui amena après elle 2 accouchements prématurés. Quand l'inflammation a été sévère, qu'elle s'est accompagnée de phlegmon, il n'est pas rare de voir après la guérison

une grande portion de l'utérus se fixer à la paroi abdominale, entraînant ainsi une ventrofixation. Le col est alors très haut dans le bassin, le corps rétrofléchi sans jamais atteindre le sacrum (Baumm) ou le fond utérin senti à 2 ou 3 travers de doigts au-dessus de la symphyse (Puppel). Ces déviations ne provoquent pas de douleurs, elles n'ont jamais rendu la femme invalide.

Elles n'ont jamais gêné une grossesse ultérieure, car le ramollissement physiologique fait disparaître les adhérences : c'est ce qu'à pu voir Straszmann en opérant une femme pour tumeur ovarienne, 1 an 1/2 après lui avoir fait subir une césarienne extrapéritonéale, où on avait trouvé du staphylocoque, des diplocoques mais pas de streptocoques, pas de gonocoques. Aucune fixation anormale ou déviation ne se maintient (Scheffzeck.)

S'il est vrai que la dystocie est d'autant plus grande que le fond de l'utérus est fixé plus bas (Ribemont, Dessaignes), il y a peu de chance d'avoir de la dystocie puisque la fixation ne dépasse jamais la région de l'isthme. Il se produit plutôt une hystéropexie vaginale ou vagino-fixation, et 1^o s'il n'y a pas eu ouverture du cul de sac antérieur, tout ira bien, 2^o s'il y a eu ouverture pour le drainage d'une suppuration, l'utérus sera plus fixé, cependant dans un tel cas de Scheffzeck, la dystocie de l'utérus à nouveau grvide ne se produisit pas, il devint mobile et antéfléchi.

Quelques auteurs ont proposé, pour obtenir sur

une moins grande hauteur des adhérences immobilisatrices, de faire l'incision du segment inférieur transversale au lieu de médiane et longitudinale ; d'autres une incision latérale et longitudinale qui n'entraînerait d'adhérences que sur un seul côté. Jusqu'à ce jour rien de positif ne permet de trancher cette question.

Holzapfel recommande le *massage de l'utérus* fait de bonne heure pour combattre les fixations antérieures avec rétroflexion. Scheffzeck les estime beaucoup moins dangereuses que des adhérences intestinales ; Küstner espère les éviter par une stricte antisepsie.

Sur **210** observations détaillées sur le rapport des adhérences, nous avons rencontré : 41 fois un utérus *anormal*, soit une proportion globale de **19,5 o/o** ;
l'*antéflexion et ventrofixation* : 20 fois, soit **9,5 o/o**,
la *rétroflexion* : 15 fois, soit **7,1 o/o**,
la *dextroflexion* ; 5 fois, soit, **2,8 o/o**.

La plus puissante préoccupation est de savoir comment se comporte la cicatrice utérine dans les prochains accouchements.

CHAPITRE XIII

La Cicatrice utérine et le danger de rupture

De divers côtés on a objecté le danger de rupture utérine parce que la cicatrice porte sur le segment le plus mince de l'utérus, à l'endroit où siègent presque exclusivement les déchirures utérines, à celui qui aura à soutenir physiologiquement une grande distension. Déjà les opérations effectuées sur le col : Opération de Schröder, Stomatoplastie du Professeur Pozzi, avaient montré que ces cicatrices ne sont pas dangereuses, n'ont pas de tendance à se rompre si elles sont faites aseptiquement. Les expériences de Frank le prouvèrent à la première heure. On n'osa se fier. « *L'action rupturante des cicatrices* » de Varnier était admise par tous.

Et si le placenta venait à se greffer sur ce *locus minoris restitentiæ*, le danger ne serait-il pas encore plus menaçant avec ce ramollissement dont les tis-

sus utérins vont être le siège, avec cette pénétration des éléments du chorion dans toute la cicatrice jusqu'à la séreuse comme le laissait entrevoir Alexandroff et Eskstein.

C'était la théorie que la pratique ne confirma pas (Lange).

La solidité de la cicatrice utérine il faut bien le dire *a été surprenante*. D'après ceux qui l'ont pratiquée elle tiendrait mieux que celle du corps. La fréquence de la rupture utérine après la césarienne classique est de 2,54 % (thèse Marioton 1914). Mais certains opérateurs, tel M. le Prof. Bar, n'ont jamais vu de ruptures chez leurs anciennes césariennisées. Nous ne connaissons pas encore un cas à l'actif de la nouvelle césarienne.

Le pronostic des ruptures avec la classique, suivant Koerner se base sur une mortalité maternelle de 13 %, foétale de 66 % ; et avec la vaginale, suivant Dalhmann, maternelle 13 %, foétale 77 %. *Sur 160 grossesses postérieures à la nouvelle césarienne, aucun cas de rupture.*

La cicatrice qui est lisse et unie s'adapte mieux par sa structure et par ses propriétés physiologiques à la fonction du col et du segment inférieur de l'utérus qu'à celle du corps (Sellheim).

CHAPITRE XIV

Les Grossesses ultérieures

L'observation de **86** femmes donnant un total de près de **160** grossesses postérieures à la césarienne extrapéritonéale, nous montrent que :

1^o la fécondation n'est pas entravée,

2^o la grossesse n'est pas gênée puisqu'elle arrive chaque fois à terme,

3^o l'accouchement ne rencontre pas d'obstacles du fait de l'opération, puisque *dans 40 cas il fut spontané 1 et 2 fois*. Dans un cas de Lichtenstein la patience put être délivrée par les voies naturelles et par version, de 2 jumeaux vivants, après 40 heures de travail. Dans plusieurs autres cas il est assez commun de voir des cicatrices résister malgré 9, 12 et 38 heures de travail.

4^o elle n'a pas d'influence sur la vitalité de l'enfant.

La cicatrice est solide parce qu'elle porte sur une région qui a des parois minces, qui ne se contracte pas, mais qui se distend passivement. L'effacement du col, la dilatation du segment inférieur s'accomplissent régulièrement. La forme du canal utérin, la souplesse et l'élasticité de ses parois sont conservées, sans dommage pour la tonicité et la contractilité de l'appareil musculaire.

CHAPITRE XV

Césariennes extrapéritonéales itératives.

Les faits rapportés par les auteurs lui sont favorables. Sellheim l'avait prédit lorsqu'il fit de nouvelles laparotomies à des femmes opérées et constata de visu combien la guérison était bonne, les rapports anatomiques normaux. En un mot, *assez souvent, aucune grosse difficulté pour répéter l'opération par la même voie, sans ouvrir le péritoine.* L'expérience de Hartmann, Frank, Scheffzeck, Baumm, Küstner, etc... le démontra. Il la refirent sur **46** femmes :

• **35** d'entre'elles furent opérées 2 fois

9 — — — — — **3** —

2 — — — — — **4** — par Frank

et chaque fois les adhérences furent tournées facilement.

Sellheim vit une fois le segment inférieur réduit à 3 mm. dans toute son étendue, c'est-à-dire non seulement sur la cicatrice qu'il ne retrouva pas, et cela

malgré une longue attente dans les douleurs. Traugott dans un cas avec placenta prævia le vit distendu jusqu'à n'avoir plus que un millimètre. Les 5 cas rapportés par Scheffzeck, présentent à ce point de vue un intérêt particulier, parce que la cicatrice a résisté à une longue période de douleurs 11 h., 26 h., 40 h., 68 h. 1/4, dans des cas infectés, avec de bons résultats.

Malgré tout il faut être de l'avis de BAUMM, ne pas prodiguer cette intervention chez une même femme : *Quand une femme l'a subie 2 fois, pour une 3^e fois je choiserais la Césarienne classique qui permettra de faire une opération stérilisante.* »

CHAPITRE XVI

Avantages

L'opération césarienne abdominale inférieure est pour Sellhein « *un moyen universel* » ; pour nombre d'auteurs elle est idéale, tel, Bumm de Berlin, qui écrit : « *Celui qui aura expérimenté une fois la nouvelle méthode césarienne suprasymphysaire, n'emploiera plus la césarienne classique.* »

Les avantages que nous trouvons signalés dans les observations sont les suivants :

1^o Elle respecte le péritoine et l'évite (Müller). La pénétration des germes infectieux de grande virulence à travers la fine lamelle détachée du péritoine paraît possible, mais en tout cas fort rare ; l'inondation de la cavité séreuse par un liquide amniotique septique sera évitée (Bumm) : par conséquent *pas de toilette du péritoine* consécutive, *pas de refroidissement du péritoine*, *pas de danger de shock*.

De plus, *pas de manipulations de l'intestin*, souvent suivies de torsion ou d'obstruction ; *aucune adhérence cicatricielle* soit de l'intestin soit de l'épiploon, avec la plaie utérine ou avec la plaie abdominale.

Enfin, le péritoine non blessé se défend mieux (Holzapfel).

2° L'incision dans la région du segment inférieur ne provoque qu'une *hémorragie fort minime* ou facile à arrêter ; elle épargne le sang : Il est inutile de faire une forcipressure préventive des lèvres de la plaie.

La suture du segment inférieur est facile à exécuter parce qu'il est mince (Bumm). La réunion serait meilleure parce qu'il ne se contracte pas.

Les hémorragies tardives ne sont pas à craindre.

3° On voit *ce que l'on fait, la région où on opère* (Fromme) comme dans la classique d'ailleurs ; par conséquent elle ménage plus les tissus, elle est moins aveugle que la pubiotomie ou la césarienne vaginale.

Elle est plus logique, puisqu'elle ne porte pas sur la partie active de l'organe et qu'elle ne touche qu'aux voies d'expulsion tout en se passant de la filière pelvienne.

Elle est ainsi vivement conduite, sans risques de mort pour la patiente (Spaeth). Sa durée est *plus courte* que celle de la classique (Runge), permettant de délivrer la femme en cas de besoin en moins de 10 minutes.

4^e Elle permet d'opérer des parturientes infectées fébricitantes, douteuses. Dans ces cas il est souvent nécessaire de drainer parce que l'infection éventuelle reste souvent locale et se guérit localement (Kermauner). Elle fut pratiquée par Frank avec succès, sur des femmes ayant des poches, des eaux rompues depuis 24, 27 et 33 heures, ayant subi maints touchers de sage-femmes et de médecins, alors que la Césarienne classique dans de telles conditions eut entraîné les plus gros risques. Elle fut encore pratiquée par Baumm sur une femme en travail depuis 41 heures, avec 38°5 de température, avec des suites de couches afébriles ; par Topfer chez une femme en douleurs depuis 10 jours avec 6^{cm} 1/2 de conjugata vera. Ce sont là quelques exemples parmi les 125 observations où les femmes étaient considérées par les auteurs comme très infectées ; la mortalité ne fut que de 8 o/o. Aussi Frank, Veit la recommandent-ils ; pour Fraipont, « la section césarienne suprasymphysaire, avec fermeture provisoire de la séreuse, offre de tels avantages qu'elle paraît devoir être employée dans tous les cas. »

Pour les cas de choix elle est des plus engageantes. Dans les cas douteux, elle expose à moins de danger que la classique (Sellheim). Les cas très infectés, désespérés presque, sont justiciables de l'accouchement par fistule utéro-abdominale (Uterus bauchdeckenfistel).

Ainsi, les indications de la césarienne classique sont étendues.

5° Elle semble éviter la rupture utérine dans les grossesses futures (Müller). En tout cas si elle se produisait, elle aurait moins de gravité que celle du segment supérieur, ouvert en plein péritoine.

6° Elle est applicable, en dehors de toute viciation pelvienne, dans la présentation de l'épaule négligée (Pfannenstiel.)

De l'avis de Dührssen, elle remplacerait l'accouchement provoqué, la césarienne classique, l'embryotomie sur l'enfant vivant, l'hébotéotomie, la version prophylactique, le forceps au détroit supérieur.

7° La délivrance se fait par les voies naturelles, car le décollement du placenta est physiologique, tandis qu'on est forcé dans la classique de le pratiquer immédiatement et manuellement.

8° Elle permet l'emploi de l'incision de Pfannenstiel (Frank) (Pfannenstiel), transversale, délicate, courant au-dessus du Mont-de-Vénus, se confondant avec les plis naturels de la peau. Elle est à peine visible; esthétique, « déformant aussi peu qu'il est possible le ventre de nos malades. »

L'abdomen n'est ouvert que dans sa partie inférieure. Le danger de formation de hernies ou d'éventration est fortement diminué. Les femmes se lèvent plus tôt; la convalescence est plus facile et plus favorable (Baisch).

La réunion par première intention est une nécessité dans la classique, tandis que dans la nouvelle on peut se contenter d'une réunion par seconde intention.

CHAPITRE XVII

Objections

1. Il est difficile de conduire cette opération entièrement extrapéritonéale. La séparation du péritoine d'avec la vessie et d'avec l'utérus exige une main légère, une bonne orientation dans les rapports anatomiques qui sont inconstants. Les adhérences vésicales sur la ligne médiane sont quelquefois solidés, *un trou dans le péritoine* est vite fait. Ce n'est qu'un petit accident opératoire vite réparé, soit par une suture, soit par une pince.

Un trou dans la vessie n'arrive que dans le cas où les parois sont fort amincies. Nullement inquiétant et bien rare. Le décollement du péritoine vésical amène quelquefois une hémorragie peu abondante.

Le danger de péritonite ne serait pas absolument écarté, dans l'infection sévère et progressive, par exemple avec le streptocoque hémolytique, les germes pouvant traverser facilement la fine lamelle séreuse (Bumm.) Mais quand il y a infection manifeste, n'y-a-t-il pas toujours des suites mauvaises avec n'importe quelle opération ? (Heinricius). Le danger de gangrène du péritoine est illusoire.

2. *L'Infection du tissu cellulaire pelvien est plus dangereuse que la péritonite* (Runge). Ce tissu a pu paraître dans certains cas plus sensible, offrir moins de résistance à l'infection. Des avis opposés ont été plusieurs fois soutenus par de nombreux chirurgiens. Cependant ce danger n'est pas à nier : Bumm eut des cas malheureux ; Runge eut 2 décès occasionnés par un phlegmon pelvien et dans un cas la malade resta longtemps entre la vie et la mort. Il n'y a là rien d'étonnant.

Krönig de Fribourg est allé plus loin. Il prétend que la césarienné suprasymphysaire ne donne pas de bons résultats dans les cas infectés. Lange est moins sévère : il emploie la nouvelle méthode pour les cas douteux, et réserve avec Shauta, de Vienne, les « cas purs » à la classique.

Mais Opitz signale avec raison *la grande difficulté qu'il y a à reconnaître les cas infectés*. Il recommande de se baser : sur la température, sur le pouls, sur des examens bactériologiques du vagin, du liquide

amniotique, sur la durée du travail. Winter réclame des expériences en ce sens.

A cause de la suppuration qui peut se produire, la réunion nese fait pas par première intention, et le drainage qui suit laisse *une fistule* abdomino-utérine. On ne la rencontre que dans le procédé de Sellheim (iv). Ce qui arrive le plus souvent est la *fixation par adhérences du col*, amenant des flexions et des versions utérines. Ces derniers inconvénients n'ont jamais amené d'accidents car ils sont légers et les avantages l'emportent de fort loin.

3. Il est souvent pénible d'atteindre le segment inférieur et de l'inciser. Ceci arrive rarement, seulement quand il est insuffisamment épanoui. Cette incision semble *courir au-devant de la rupture utérine* parce que le segment inférieur est l'endroit de choix. Si ce danger est réel avec la classique, il semble ne pas exister pour la suprasymphysaire.

L'accusation d'être plus hémorragipare que la classique n'est pas très fondée pour qui a vu une fois cette opération. — Seul, Bartholdy eut dans un cas une hémorragie insolite dont il ne put se rendre maître (?)

4. *La technique est difficile et compliquée, délicate pas sûre pour le praticien* (Dolérís de Paris, Shauta de Vienne). Elle n'est pas une opération d'urgence. — A quoi Küstner de Breslau répond que ce n'est pas une raison pour risquer la traversée du péritoïne dans les cas infectés. De nombreux opérateurs la prétendent idéalement simple.

Elle demande *plus de temps* que la classique ; elle n'est donc pas à conseiller pour un enfant qui asphyxie.

5° *L'extraction de l'enfant*, l'énucléation de la tête première surtout, *est difficile*. Les manipulations qui l'accompagnent amènent quelquefois des ruptures du péritoine. Il faut appliquer le forceps, ou se servir d'une de ses branches comme levier. Des auteurs ont même inventé des instruments spéciaux, compliquant la technique à plaisir.

Bien souvent l'enfant est expulsé spontanément par la brèche utérine par la seule force de la contraction.

Nous l'avons toujours vu réussir ; nous ne comprenons pas le cas de cet opérateur autrichien rapporté par Henkel, qui dut pratiquer la perforation devant l'impossibilité d'extraire l'enfant.

6° *Quand on veut faire suivre l'opération d'une autre chirurgicale*, comme l'ablation de l'utérus ou la castration, il vaut mieux faire de suite une laparotomie, par conséquent une opération césarienne classique (Shauta).

Nous voyons donc que les dangers signalés sont peu redoutables ou évitables.

CHAPITRE XVIII

Comparaison avec les autres Opérations Obstétricales

Les opérations obstétricales qui entrent en concurrence avec la césarienne extrapéritonéale, à des degrés divers d'ailleurs, sont au nombre de 6 :

1° **L'Embryotomie :**

Pratiquée sur l'enfant vivant, elle ne touche que de fort loin à la nouvelle méthode, qui vise, entre autres choses, à sauver l'enfant. Si Pfannenstiel la maintient pour les cas infectés, Bumm ne fait aucune perforation sur 2.500 accouchements.

2° **L'Accouchement prématuré ou forcé :**

Dans le seul dernier mois de la grossesse l'enfant augmente de 800 gr. dont il y a tout intérêt à le faire bénéficier. Il n'est pas toujours facile à provoquer, détermine souvent de graves traumatismes pour la

mère. La mortalité des petits prématurés est énorme. Il est rarement indiqué.

3° **L'Opération de Porro :**

C'est une opération de nécessité, non une opération de choix. Elle est réservée aux cas gravement infectés, avec suppuration cavitaire ; par conséquent non conservatrice, plutôt chirurgicale. Elle stérilise la femme.

D'après une statistique de Léopold portant sur 77 Porro, la mortalité maternelle est de 1,85 o/o, la mortalité infantile de 6 à 8 o/o.

4° **L'Opération Césarienne Classique :**

Quatre cas sont à envisager :

a) *la femme est aseptique* : Fromme et Küstner donnent ce titre à celle qui est depuis 14 jours à la clinique. Les conditions sont alors idéales pour les deux césariennes. La classique ne doit pas donner d'insuccès (Prof. Bar/).

Puisque la césarienne extrapéritonéale est bonne pour les « cas impurs », à plus forte raison, dit Selheim elle l'est pour les « purs », donc je lui donnerai toujours l'avantage.

b) *le cas est douteux* : si une main étrangère à la clinique a touché la femme, Fromme dit ne plus avoir la moindre sécurité pour le succès de la Césarienne classique. Dans la pratique, les parturientes arrivent avec la poche des eaux rompue, ayant subi toucher sur toucher ou des manœuvres obstétrica-

les. La laparotomie risque gros ; les partisans prétendent que la suprasymphysaire donne ses plus beaux résultats, sans risque. Mais il y a un peu d'exagération.

c) *la femme est infectée* : elle a de la température, elle est en travail depuis 12, 24, 48, 60 heures même, avec un liquide amniotique sentant mauvais. Personne ne songera à la classique, car ce serait courir à une mort certaine. La suprasymphysaire, employée, aurait donné 9.6 o/o de mortalité maternelle globale et 8 o/o de mortalité par infection seule, ainsi que le prouvent les 125 cas collectés dans la littérature et considérés comme très infectés, avec 10 décès par infection, 1 par Coma éclamptique, 1 par Iléus.

A notre avis, il faut quand même être très prudent dans ces cas. On ne peut être d'accord sur le degré d'infection.

d) Si la femme doit *subir une seconde intervention*, comme la castration, etc..., il vaut mieux préférer la classique à la Nouvelle (Lusebrink, Küstner, Baumm).

Envisageons maintenant quelques indications particulières :

DANS L'ECLAMPSIE :

La Césarienne Classique a été peu pratiquée parce que les résultats sont mauvais. Jeannin (de Paris), après Kettlitz et Hillmann, donne une mortalité maternelle s'élevant à 47 et 50 o/o.

La suprasymphysaire n'a récolté que les cas sé-

vères, presque *in extremis* ; les décès survenaient le jour même ou le lendemain de l'opération. Ainsi voyons-nous dans une statistique de 31 cas avec 15 décès maternels, soit **48.3 o/o**, en éliminant 5 décès non imputables au fait de l'opération : **41.9 o/o**. La mortalité fœtale est de **12.5 o/o** (2 morts sur 16 enfants).

DANS LE PLACENTA PREVIA :

La classique est aujourd'hui acceptée par presque tous les accoucheurs.

M. le professeur De Bovis, dans la Semaine Médicale du 6 septembre 1914 donne une mortalité maternelle de 7 à 8 o/o, pour les enfants 60 à 84,3 o/o.
« C'est le massacre des innocents. »

La suprasymphysaire mettant la délivrance et la place où s'incère le placenta sous les yeux, permet de combattre sûrement l'hémorragie. L'opérateur rencontre souvent des veines sur la paroi utérine antérieure, la section musculaire saigne plus qu'en cas d'insertion normale. Si l'incision arrive sur le placenta on passe au travers sans danger (Sellheim-de Bovis).

Notre statistique porte sur 55 cas, avec 2 morts maternelles (1 est à éliminer) et 4 décès d'enfants pour 33 (une série de 22 cas donnant 5.26 o/o sans autres détails), soit :

mortalité maternelle globale : **3,6 o/o**,

expurgée : **1,8 o/o**

— fœtale : (moyenne) **8,69 o/o**

Autrement dit, elle paraît bonne pour les mères et pour les enfants.

DANS LES BASSINS RETRÉCIS :

La Césarienne classique a une mortalité maternelle de **6,32 o/o** (Bar) que Jeannin réduit à **3 et 4 o/o** ; une mortalité fœtale de **5,45 o/o**

Dans la suprasymphysaire, la mortalité maternelle est de **5,2 o/o** expurgée **3,8 o/o** ; la mortalité fœtale **6,9 o/o**, expurgée **0,86 o/o**. Notre statistique se rapporte à 231 cas sur lesquels 12 femmes (en éliminant : 9) et 16 enfants (en éliminant : 2) succombèrent.

Les résultats sont les mêmes pour les deux opérations.

5° L'Opération Césarienne Vaginale :

Elle est une opération sérieuse (Commandeur 1911). Elle expose à de nombreuses difficultés, si les parties génitales sont étroites, œdémateuses comme dans l'Eclampsie, si le bassin est trop rétréci et la tête un peu grosse ; à des dangers si l'on s'écarte de la ligne médiane, si on blesse la vessie, si on ouvre le péritoine. La vue du champ opératoire est trop petite ; les hémorragies ne sont pas facilement arrêtées, surtout, si dans un cas de placenta prævia, l'incision tombe dessus.

Elle est très employée dans l'ECLAMPSIE. Les cas de Everke et de Henrotay d'Anvers (1911) au nombre de 30 avec 10 décès font une mortalité de **33,33 o/o**.

La suprasymphysaire, nous l'avons vu plus haut, donne **41,9 o/o** de mortalité maternelle et **12,5 o/o** de mortalité fœtale. Mais nous ne pouvons guère comparer ces chiffres, les éclamptiques chez les-

quelles on a eu recours à la césarienne abdominale inférieure étant presque toutes dans un état fort grave.

La mortalité maternelle et fœtale dans les 46 cas (2 décès) de PLACENTA PRÆVIA que nous avons pu réunir, et traités par la vaginale seraient de 4,35 o/o et 28,8 o/o (Döderlein). La suprasymphysaire chiffrerait 1,8 o/o et 8,69 o/o.

Donc, elle paraît bonne pour la mère et pour l'enfant.

6° L'Hébstéotomie :

Elle se fait dans les cas de RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN. Pour Döderlein la suprasymphysaire reconnaît les mêmes indications qu'elle, mais aurait l'avantage d'être : 1° indépendante du degré d'angustie pelvienne, comme la classique ; 2° de ne pas exiger la dilatabilité des parties molles ; 3° de réaliser l'accouchement au lieu d'en préparer les voies, de ne pas nécessiter une nouvelle intervention comme une application de forceps ou une attente de 1 h. 1/2, 2 h. 1/2 après l'incision cutanée ; 4° d'éviter les nombreuses lésions de voisinage ; 5° de ne pas condamner la patiente à 15 longs jours d'immobilité absolue, avec maints ennuis pour les selles et les urines ; 6° de parer à une rupture menaçante avec enfant vivant.

Si nous comparons les statistiques de Hüffell (700 cas) et de Röemer (300 et 510 cas), nous voyons la mortalité maternelle osciller entre 4,37 et 1,7 o/o

contre **3,8** o/o dans la suprasymphysaire, la mortalité fœtale *entre 9,6 et 6,6* o/o contre **0,86** o/o; la morbidité dans l'hébotomie est de **25,4** o/o contre **18,5** o/o. La césarienne extrapéritonéale serait en train d'évincer complètement la pubiotomie (Baisch de Munich).

Elle paraît bonne pour les enfants, moins pour les mères.

Pour M. le Prof. de Bovis, cependant, la pubiotomie est à préférer dans tous les cas de bassin rétréci supérieur à 7 centimètres, car elle a l'avantage de pouvoir être pratiquée chez les femmes infectées ou non, primipares ou multipares, à la condition de suivre la technique qu'il a indiquée (1). Par contre au-dessous de 7 cm., il faut s'adresser à une césarienne.

DISCUSSION

Il semblerait jusqu'à présent que pour la césarienne extra-péritonéale c'est un avantage d'attaquer le segment inférieur, moins rupturable.

Elle ne traverse pas le péritoine, mais elle ne semble guère plus propre que l'autre aux cas infectés.

(1) DE BOVIS : Comment exécuter une pubiotomie ? *Semaine Médicale* 14 juillet 1909. page 325.

DE BOVIS : de la technique de la pubiotomie. *Obstétrique*, 4 avril 1911.

CHAPITRE XIX

CONCLUSIONS

1. L'opération césarienne abdominale inférieure ou accouchement suprasymphysaire consiste à opérer en dehors du péritoine et du segment supérieur de l'utérus.

2. Elle a eu en vue de rendre l'opération césarienne applicable aux parturientes douteuses au point de vue de l'infection, par conséquent d'*étendre ses indications*.

3. Elle évite en effet les dangers de péritonite qu'occasionne l'opération césarienne classique, mais elle expose aux phlegmons du tissu cellulaire pelvien, lesquels sont peut-être aussi redoutables.

4. Les suites de l'opération sont améliorées si on prend soin d'appliquer rigoureusement les règles de la méthode antiseptique et du drainage des plaies.

5. Une seule contre-indication admise même par ses partisans actuels : l'état d'infection manifeste de la femme.

6. La délivrance peut se faire par les voies naturelles.

7. La rupture utérine dans les grossesses ultérieures n'a pas été signalée jusqu'à présent, et il pourrait se faire que c'est le lieu de l'incision de l'utérus (segment inférieur) qui lui permettra dans l'avenir une certaine supériorité ; mais c'est un sujet encore à l'étude.

8. Les résultats de la nouvelle opération sont les suivants :

A) Pour la mère :

Morbidité globale.....	24,4 o/o
— par infection	21 —
Mortalité globale.....	6,7 —
— par infection.....	3,6

B) Pour l'enfant :

Mortalité globale.....	4,75 —
— expurgée.....	1,15 —

9. La comparaison des 3 grands groupes de procédés :

Le groupe de la méthode transpéritonéale, celui de la méthode extra-péritonéale et celui de la méthode prépéritonéale, donne l'avantage au procédé de Latzko (prépéritonéal), la transpéritonéale n'étant qu'un en-cas.

En effet :

A) Méthode préopératoire (procédé de Lützke) :

blessure du péritoine	7,2 o/o
— de la vessie	0 —
mortalité maternelle infectieuse ..	1,6 —

B) méthode extrapératoire :

blessure du péritoine (13,1 et 2,54)	
soit	15,64 o/o

Dans le procédé de Sellheim (premier) :

blessure du péritoine	11,2 —
— de la vessie	9,93 —
mortalité maternelle par infection.	1,7 —

c) méthode transopératoire :

blessure de la vessie	0 —
— du péritoine	0 —
mortalité maternelle par infection.	2,77 —

10. La nouvelle opération césarienne paraît bonne pour les mères et pour les enfants dans le traitement du placenta praevia, pour les enfants dans les rétrécissements du bassin, lorsque les conditions sont douteuses.

11. La répétition de l'opération a des chances d'être moins facile, si la femme était infectée lors d'une première intervention.

Vu : le Président de Thèse,

P. BAR.

Vu : le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

CHAPITRE XX

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS d'opération césarienne extrapéritonéale
recueillies à la Maternité de Reims
dans le service de Monsieur le Professeur de Bovis.

OBSERVATION 1

Br..., âgé de 37 ans, primipare à 8 mois de gestation, a marché à 3 ans. Tuberculose pulmonaire, hémoptysies, Scoliose. Albuminurie. Bassin rétréci en entonnoir ; ischions très rapprochés.

Présentation du sommet en OIDA.

Les douleurs commencent le 15 avril 1911, à 6 heures du soir. L'opération césarienne extrapéritonéale est faite le 16 avril à 7 h. 1/2 du matin, par M. le Professeur de Bovis, d'après le procédé de Latzko. Incision genre Pfannenstiel. Enfant du poids de 2 kilogr. 500, à qui on fit la respiration artificielle et qui fut facilement ramené.

Piqûre d'ergotine et de caféine à la mère. Digitale. Morte le 17 avril, à deux heures du matin, de collapsus, terminaison qui était du reste à redouter, étant donné l'état général de la parturiente avant l'intervention.

OBSERVATION II

Ch..., âgée de 37 ans, primipare à terme, a marché à 11 mois, mais a cessé de marcher à 10 ans à cause d'une coxalgie et pendant 5 années. Elle boîtit depuis l'âge de 14 ans. Bassin en entonnoir ; les ischions sont très rapprochés.

Présentation du siège.

Rupture spontanée de la poche des eaux le 21 juillet 1911, à 10 h. 1/2. Opération césarienne extrapéritonéale d'après Latzko, faite par M. le Professeur de Bovis. Incision genre Pfannenstiël. L'enfant est extrait par les pieds. Aucun incident durant l'opération. Délivrance par la plaie opératoire.

L'enfant respire facilement. Poids 3 kilogr. 100. Suites de couches atébriles ; température ne dépassant jamais 37°6. La mère et l'enfant quittent le service bien portants le 23^e jour.

OBSERVATION III

S... âgée de 27 ans, multipare à terme, a marché à 2 ans 1/2,

Le premier accouchement eut lieu le 28 juillet 1909 par une *pubiotomie* pratiquée par M. le Prof. de Bovis, avec d'excellents résultats. Enfant vivant.

Le deuxième accouchement eut lieu le 29 août 1910 par une *deuxième pubiotomie* faite avec succès par M. le Prof. Bovis. Enfant bien portant.

La 3^e grossesse : présentation du sommet en O I G A.

M. de Bovis n'ayant pas pu surveiller les suites de la seconde pubiotomie, l'intervalle séparant les os était un peu

considérable (4 cm. 1/2); il redouta une troisième pubiotomie par crainte de voir une non-consolidation osseuse. D'où césarienne. Opération césarienne extrapéritonéale faite par M. le Prof. de Bovis d'après le procédé de Latzko, le 5 août 1911 à 9 h. du matin. Poche des eaux encore intacte. Incision genre Pfannenstiel. Un petit trou dans le péritoine aussitôt refermé. Inondation de la plaie par le liquide amniotique. Délivrance par la plaie, la tête ayant été luxée à la main. L'enfant va bien. Poids: 3-k.

Suites de couches légèrement fébriles; température au-dessus de 38° pendant quatre jours. Obstruction intestinale égère pendant les 6 premiers jours. La plaie suppure un peu. Gangrène d'environ 2 centimètres carré du lambeau cutané dû au mode d'incision.

La mère et l'enfant sortent bien portants le 25^e jour.

OBSERVATION IV.

D... âgée de 20 ans, primipare à 8 mois 3/4 de gestation, a marché à 2 ans. Diamètre sous-promonto-pubien de 9 à 10 cm. Comme il existe simultanément un placenta prævia, on donne la préférence à la césarienne sur la pubiotomie.

Présentation du sommet en O I G A.

Opération césarienne extrapéritonéale par M. le Prof. de Bovis d'après le procédé de Latzko faite le 15 novembre 1911 à 10 h. du matin. Incision genre Pfannenstiel. Déchirure du péritoine utérin au moment du décollement, aussi tôt suturée au péritoine abdominal.

Suites de couches fébriles pendant quelques jours. Sphacèle du bord du lambeau cutané amené par le mode d'incision.

Bons résultats pour la mère et pour l'enfant, qui sortent au bout d'un mois environ.

NOTE. — Dans ces 4 interventions, sans parler d'un autre cas de laparotomie (rupture utérine), M. de Bovis s'est servi d'un mode de laparotomie qu'il a préconisé dans la *Semaine Médicale* de 1911 et qui lui a rendu d'excellents services en gynécologie. Mais les faits de sphacèle qui se sont produits dans les observations III et IV prouvent que ce mode de laparotomie doit être évité en obstétrique, vu la tendance des femmes gravides à développer des thromboses, lesquelles sont sans doute responsables du sphacèle observé dans ces deux cas.

CHAPITRE XXI

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BAISCH. — (*Berl. kl. Woch.* 1911, p. 1826) 83. Versammlung deutscher Naturforscher und ärzte zu Karlsruhe : der extraperitoneale Kaiserschnitt (*Zentralbl. f. Gynakologie* 1911, n° 43).

P. BAR. — Opération césarienne et symphyséotomie (*L'Obstétrique* Juillet 1899).

BAR BRINDEAU et CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements, t. II.

BAUDSON. — Thèse de Paris 1911, n° 226 : Déchirure du col propagé au segment inférieur.

BAUMM. — *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* 1908. Bd XXVII H 2 p. 260.

— *Zentralbl. f. Gyn.* 1909, n° 36.

— Rückblick auf 40 suprasymphysären Kaiserschnitte. (*Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* 1910 Bd XXXI, H. 2, p. 262). Discussion dans Bd XXXI, H 4.

- Die suprasymphysare Entbindung (*Zentralbl. f. Gyn.*), 4 avril 1908.
 - Suprasymphysare Kaiserschnitte (Berichte aus gynakologischen Gesellschaften und Krankenhäusern in Breslau 1907, in *Zentralbl. f. Gyn.*, n° 12, 1908).
 - Gynakologische Gesellschaft in Breslau, in *Zent. f. Gyn.* 1909. n° 1.
- BEUTTNER. — Ein Fall von Uterus-Bauchdecken-fistel. (*Zentralbl. f. Gyn.* 1910, n° 20).
- BIRNBAUM. — Akute Lysolvergiftung durch Uterus spülung während eines extraperitonealen Kaiserschnittes. (*Zentralbl. f. Gyn.* 1909. n° 44.)
- BONDY. — *Zentralbl. f. Gyn.* 1911, n° 43. in 83. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Karlsruhe. Sept. 1911.
- DE BOVIS. — *Semaine médicale* 1902, p. 247 ; 1903, p. 123 ; 1906, p. 448 ; 1907, p. 233 ; 1908, 329, 401 ; 1909, p. 36 ; 1910, p. 37-39. L'opération césarienne extrapéritonéale, p. 401-419 ; 1911, p. 36. Le traitement chirurgical du placenta prævia est-il justifié ? p. 125.
- BLUMREICH. — Zum suprasymphysaren Kaiserschnitte. (*Berlin kl. Woch.*) 1908. p. 1483).
- BREWITT — Zur Frage des Wundschutzes beim extraperitonealen Kaiserschnitte. (*Münch. med. Woch.* 1909, n° 43).
- BRAUNE. — Die Lage des Uterus und Fœtus am Ende der Schwangerschaft.

BUMM. — Über suprasymphysären Kaiserschnitte in Gesellschaft der Charité Ärzte. (*Berlin kl. Woch.*, 1908, p. 1820).

— Gesellschaft für Geb. u. Gyn. zu Berlin (*Berlin kl. Woch.*, 1908, p. 2081).

— Internationaler Kongress in St-Petersburg (*Zentralbl. f. Gyn.* 1910, n° 45.)

— Verhandlungen der Gesellschaft für Geb. u. Gyn. (*Zeitschrift f. Geb. und Gyn.* 1908. Bd LXII, H 3.)

— Zur Indikationstellung bei der Pubotomie (*Zentralbl. f. Gyn.* 1908, n° 19, S. 613).

— Gesellschaft für Geb. u. Gyn. zu Berlin. (*Zentralbl. f. Gyn.* 1908, n° 42, S. 1395.)

— Discussion de la communication de Henkel. (*Zeitsc. f. Geb. u. Gyn.* 1910. Bd LXVII, H 1).

CHARLES. — *Journal d'accouchement.* 1908. n° 30.

CHOLMOGOROW. — Ein extraperitonealen Kaiserschnitt nach Latzko (*Zentralbl. f. Gyn.* 1911, n° 31).

— Kaiserschnitt nach Latzko (*Zentralbl. f. Gyn.* 1910, n° 16).

CLARKE. — Laparo-élytrotomie. Thèse de Nancy, 1887, n° 248.)

COMMANDEUR. — Société obstétricale de France, 1911.

CZYZEWICZ. — Extraperitonealer Kaiserschnitt (*Zentralbl. f. Gyn.* 1908, n° 25.)

— *Zentralbl. f. Gyn.* 1909, n° 9. S. 311.

DEMELIN. — Du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Thèse de Paris, 1888. n° 146.

DIRNER. — Ein Fall von extraperitonealen Kaiserschnitt in *Zentralb. f. Gyn.* 1910, n° 28.

DODERLEIN. — Über der extraperitonealen Kaiserschnitt. (*Zentralbl. f. Gyn.* 1909, n° 4.)

— *Zentralbl. f. Gyn.* 1909, n° 49, S. 1684.

— Placenta prævia u. hysterotomia vaginalis anterior (*Arch. f. Gyn.* 1910. Bd XCII, H I.)

— Internationaler Kongress in St-Petersburg (*Zentralbl. f. Gyn.* 1910, n° 45, S. 1444.)

— Über extraperitonealen Kaiserschnitt und Hébosteotomie. (*Monatsch. f. Geb. und Gyn.* 1911, Bd XXXIII. H 1. S 586.)

DOLÉRIS. — Influence des opérations plastiques pratiquées sur le col utérin, sur la conception, la grossesse et l'accouchement. (*La Gynécologie*, avril 1910.)

— *La Gynécologie*, 1911, n° 2.

DÜHRSEN. — *Beitrage zur Geb. u Gyn.* 20 Juli 1907.

— *Zentralblatt f. Gyn.* 2 april 1904.

— Die Laparo kolpohysterotomie (eine Kombination der Ritgen, schen Gastroelytrotomie und des vaginalen Kaiserschnittes als neue Therapie des engen Beckens. (*Berlin kl. Wöch.* 1909, n° 5.)

— *Beitrage z. Geb. und Gyn* 1909. Bd XIV. H. 1.

DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, t. 8, p. 586.

EVERSMANN. — Kaiserschnitte nach Latzko. (*Zentralblatt f. Gyn.* 1909, n° 33.)

FABRE et RENDU. — Société obstétricale de Lyon. 23 février 1910.

FEHLING. — Über cervicalen Kaiserschnitt (*Berlin kl. Woch.* 1910, p. 4434).

FRAIPONT. — Césarienne cervicale suprasymphysaire, in *l'Obstétrique*, 1909. — Sur la césarienne suprasymphysaire (*l'Obstétrique*, 1910). — *Scalpetti et Liège médical*, 1908, n° 3.)

FRANK. — *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1906. Bd XXIII. S. 715 : Suprasymphysare Entbindung.

— Die suprasymphysare Entbindung und ihr Verhältniss zu den anderen Operationen bei engen Becken (*Arch. f. Gyn.* 1907. Bd LXXXI. H 1. S 46.)

— Cervicalen Kaiserschnitt nach Latzko. (*Zentral. f. Gyn.* 1909, n° 33).

— Über suprasymphysare Entbindung und Beckenerweiterung (*Zentralbl. f. Gyn.* 1909, n° 70, S 1390, et *Monatsch. f. Geb. und Gyn.* 1909. Bd XXX, S 520).

— Über Schnittführung bei der suprasymphysaren Entbindung mit Demonstration. (Gesellschaft f. Geb. u. Gyn, zu Köln am Rhein. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* 1910. Bd XXXII. H 2).

— Über den subkutanen Symphysenschnitt und die suprasymphysare Entbindung (*Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* 1910. Bd XXXII, H 6.)

- Zur Technik des suprasymphysaren Kaiserschnittes.
(*Zentralbl. f. Gyn.* 1911, n° 6.)
- *Berliner kl. Woch.* 1911, p. 128.
- VON FRANQUÉ. — Zur Indikationsabgrenzung zwischen
extraperitonealen Kaiserschnitt. Totalexstirpation
nach Kaiserschnitt und Schambeinschnitt (*Zeits.
f. Geb. u. Gyn.* 1908. Bd LXIII. H 1. S 37.)
- FRANZ. — Über Kaiserschnitte (Gesellschaft der Charité.
Ärzte in *Berl. kl. Woch.* 1911. S 547).
- Demonstration von zwei Wochnerinnen nach cervi-
calen suprasymphysaren Kaiserschnitt (Freie-
Vereinigung mitteldeutscher Gynakologen in *Zent.
f. Gyn.* 1909, n° 24. S 851.)
- Über Veränderungen der Technik und der Indikatio-
nen des Kaiserschnittes (*Zentralbl. f. Gyn.* 1910.
n° 41. S 1359).
- FUCHS. — Über extraperitonealen Kaiserschnitt (*Monats.
f. Geb. u. Gyn.* Bd XXXI. H 5. S 617).
- Extraperitonealer Kaiserschnitt nach Latzko-Do-
derlein (*Zentralbl. f. Gyn.* 1909, n° 21. S. 730).
- FREUND. — Vollig extraperitoneale Kaiserschnitt (*Zentr.
f. Gyn.* 1909, n° 16).
- *Zentralbl. f. Gyn.* 1911, n° 43, p. 1486-83. Ver-
sammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in
Karlsruhe.
- *Deutsche mediz. Woch.* 1909, n° 40, S 1772.
- *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* 1909, Bd XXX, p. 129
et 664. Unterelassischer Ärzteverein zu Strasburg.
- *Beitrage f. Geb. u. Gyn.* Bd XV. H 2. S 291.

FROMME. — Über extraperitonealen Kaiserschnitt (*Berlin. klin. Woch.* 1908, n° 4, S 147).

— Für der extraperitonealen Kaiserschnitt (*Zentralbl. f. Gyn.* 25 april 1908).

— Über extraperitonealen Kaiserschnitt (Berichte aus gynakologischen Gesellschaften und Krankenhäusern in Leipzig. *Zentralbl. f. Gyn.* 1908, n° 9).

GERSTENBERG. — Sectio cæsarea abdominalis inferior transperitonealis bei Gesichtslage und drohender Uterus ruptur (*Zentralbl. f. Gyn.* 1910, p. 1327).

GOTTSCHALK. — In Discussion de la communication de Henkel (*Zeitsch. f. Geb. und. Gyn.* 1910. Bd LXVII. H 1).

GRUNBAUM. — Zur Technik Indikation und Pronostic von dem extraperitonealen Kaiserschnitt, in Nürnberger medizinische Gesellschaft und Poliklinik. (*Berl. klin. Woch.* 1909, p. 2039).

HAMMERSCHLAG. — Zur Indikation und Technik des suprasymphysaren Kaiserschnittes (*Zentralbl. f. Gyn.* 1908, n° 50).

HANNES. — Die Therapie bei engen Becken und ihre Wandlungen (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1908. Bd LXIII. H 2. S 285).

— Was leistet die moderne Therapie bei der placenta prævia? (*Zentralbl. f. Gyn.* 1909, n° 3).

HARTMANN. — *Monatsch. f. Geb. und Gyn.* 1909. Bd XXX.

— 81. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Salzburg (*Zentralbl. f. Gyn.*) 1909, n° 42. S 1452).

— Über wiederholte suprasymphysäre Entbindungen (*Zentralbl. f. Gyn.* 1910, n° 20, S 668).

— Über Geburten nach suprasymphysären Entbindung (*Zentralbl. f. Gyn.* 1910, n° 28, S. 939).

HEIMANN. — Über Sectio cæsarea abdominalis inferior (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1911. Bd LXVIII. H 2).
Discussion.

HEINRICIUS. — *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* 1910. Bd XXXII H 1. S 84).

— *Zentralbl. f. Gyn.* 1909, n° 33.

— d° d° 1910, n° 28. S 1005.

— d° d° 1910, n° 33. S 1105.

HENKEL. — *Archiv. f. Gyn.* 1908. Bd LXXXVI. H 3.

— Discussion de la communication de Henkel : zur Kaiserschnittfrage in Gesellschaft für Geb. u. Gyn. zu Berlin (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1910. Bd LXVII. H 1. S 193 und 214). Bd LXVI. H 2. S 1031.

— Zur Kaiserschnitt-technik, in freie Vereinigung mittel deutscher Gynakologen (*Zentralbl. f. Gyn.* 1911, n° 27. S 982).

VON HERTTEL. — Demonstration eines Uterus nach suprasymphysären Entbindung, in Gynakologische Gesellschaft in Breslau (*Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* 1911, Bd XXXIII. H 6. S 796).

HOFMEYER. — Der extraperitonealen und der suprasymphysäre Kaiserschnitt (*Zentr. f. Gyn.* 10 Juli 1908).

HOLZAPFEL. — Über die Sectio coesarea abdominalis inferior
(*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1908. Bd LXIII. H 2. S 282).

— *Volkmanns klin. Sammlung*, 1909, nos 534-5.

HORMANN. — (*Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* 1909, Bd XXX.
S 529) : Über extraperitonealen Kaiserschnitt.

In 81. Versammlung deutscher Naturforscher und
Ärzte in Salzburg (*Zentr. f. Gyn.* 1909, n° 42).

HUFFELL. — Der gegenwärtige Stand der operativen ge-
burtshülf) beim engen Becken. (*Monatsch. f.
Geb. und Gyn.* 1909. Bd XXX. S 398).

JUNG. — Zur Indikations-stellung und Technik für den klas-
sischen und extraperitonealen Kaiserschnitt und
für die Hebesteotomie (*Munch. med. Wochensch*
nos 17 et 18).

JAHREISS. — *Zentr. f. Gyn.* 1909, n° 7.

— — — — — n° 33.

JEANIN. — Société obstétricale de France, 1909.

— *L'obstétrique*, août 1909.

KAHN. — Ein Beitrag zum suprasymphysären Kaiserschnitt.
(*Zent. f. Gyn.* 1908, n° 50).

KEHRER. — Historique et critique sur l'opération césarien-
ne (*Beiträge zur Geb. u. Gyn.* 1903. Bd 14. H 1).

— *Archiv. f. Gyn.* Bd XIX. H 2. S 177.

KERMAUNER. — Geburtshilflich-gynak. Gesellschaft in *Mo-
natsch. f. Geb. u. Gyn.* 1909. Bd XXX. S 243.

— Extraperitonealer Kaiserschnitt (*Zentr. f. Gyn.*
1909, n° 28. S 999) et Discussion in n° 29.

KERSCHNER. — *Zentralblatt f. Gyn.* 1911, n° 31.

KLEIN. — Der extraperitoneale cervicale Kaiserschnitt
(in *Strasburger mediz. Zeitung*, 1908, n° 12).

KLEINHAUS. — Kaiserschnitt nach Pfannenstiel (in *Prager
mediz. Wochensch.*, 1908, n° 50).

KNEISE. — Zur Frage des extraperitonealen Kaiserschnittes
(in *Munch med. Wochensch.*, 1900, n° 36).

— XIII Versammlung der deutschen Gesellschaften
f. Gyn. in Straszburg (*Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*
1909. Bd XXX. S 99).

— *Zentr. f. Gyn.* 1909, n° 28. S 978.

KNOOP. — Beitrag zur Indikationsstellung der extraperito-
nealen Kaiserschnittes (in *Munch. med Wochensch*
1910, n° 6).

KOBLANCK. — In Discussion de la communication de Hen-
kel (*Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.* 1910. Bd LXVII.
H 1).

— Ein Fall nach der Solms'schen methode (*Zentr.
f. Gn.* 1910, n° 23. S 2074)

KÖRNER. — *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd LXVIII. H 2.

KLOTZ. — *Zentr. f. Gyn.* 1910, n° 20. S 696.

— Zur Discussion über den suprasymphysären Fascien-
querschnitt (*Zentr. f. Gyn.* 1911, n° 11).

KONGREZ. — In Budapest 1909, in *Berl. kl. Woch.* 1909.
S 1910 : Baisch, Frank, Sellheim, Bar de Paris.

KOUWER. — *L'Obstétrique*, Janvier 1911 : La section césarienne classique et la section césarienne extrapéritonéale suprasymphysaire.

KRIWSKI. — Contributions à l'Etude des ruptures itératives de l'utérus (*Monatsch. f. Geb. und Gyn.* 1902).

KRÖMER. — Zur Indikationstellung des extraperitonealen Kaiserschnittes und der Pubotomie, in Versammlung der deutschen Naturforscher und Ärzte zu Köln (*Berl. klin. Woch.* 1908. S 1826).

KRONIG. — *Beiträge zur Geb. u. Gyn.* 1908. Bd XIII. H 2. S 319.

— Zur Behandlung der Placenta prævia (*Zentr. f. Gyn.* 1908, n° 46).

KUPFERBERG. — *Monats. f. Geb. u. Gyn.* Mai 1910. S 637.

— — — — — 1909. Bd XXX. S 389.

— Die Therapie bei Beckenverengungen mittleren Grades (*Zentr. f. Gyn.* 1909, n° 45).

KUSTNER. — Extraperitonealer cervicaler Kaiserschnitt nach Sellheim (*Zentr. f. Gyn.* 1908, n° 52. S 1666).

— Über Sellheim's extraperitonealen cervicalen Kaiserschnitte (*Zentr. f. Gyn.* 1908, n° 16).

— *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1908. Bd LXIII. H. 3.

— *Zentr. f. Gyn.* 1909, n° 1. S 33.

— — — — — 1909, n° 36. S. 1267.

— Über den extraperitonealen Kaiserschnitt, seine Technik und Indikationstellung (*Munch. med. Woch.* 1909, n° 34).

- *Zentr. f. G.* 1910. S 1027.
- Für den extraper Kaiserschnitt (*Zentr. f. G.* 1911, n° 27).
- *Zentr. fr. G.* 1911, n° 43. S 1486.
- Erprobtes zur Schwbenden Kaiserschnittfrage (*Monatsch. f. Geb u G.* 1911. Bd XXXIV. H 1).
- *Berl. klin. Woch.* 1911, n° 41. S 1869.
- — — S 1436 et Discussion.

LABHARDT ALF. — Über Uterusrupturen in Narben von früheren Geburten (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1904. Bd. L III. H. 3.)

LABUSQUIÈRE. — *L'Obstétrique.* 1909. Mémoires de Selheim, Kronig, Baisch.

MAX LANGE. — Zur Frage des trans. u. extraperit. cervicalen (suprasymphysaren) Kaiserschnittes. (*Monatsch. f. Geb. und Gyn.* 1910. Bd XXXI. H. 5. S. 585). Discussion p. 620.

— *Berlin, kl. Woch* 1910. n° 33.

LATZKO. — der extraperit. Kaiserschnitt. (*Wiener, kl. Woch.* 1909. n° 14).

— *Zentralblatt f. Gyn.* 1909. n° 8.

— Die Blasenfüllung bei meiner methode des extrap. Kaiserschnittes. *Zentralbl f. Gyn.* 1909. n° 22.)

— Die Indikation zum. extrap. Kaiserschnitt bei engen Becken (*Zentralbl f. Gyn.* 1910. n° 41).

— Gesellschaft der Ärzte in Wien (*Berlin, kl. Woch.* 1908, p. 1255).

LAUDENBURG. — Peritönealer oder extraperitonealer Kaiserschnitt? (*Zentralbl. f. Gyn.* 1909, n° 33).

LICHTENSTEIN. — Extraperitonealer Kaiserschnitt und Uterus-ruptur-gefahr bei späteren Entbindungen (*Zentralbl. f. Gyn.* 1910, n° 26).

LIEPMANN. — In Discussion de la communication de Henkel (*Zeitsch. f. Geb. in: Gyn.* 1910, Bd. L XVII, H. 1.)

LÉOPOLD. — Welche Stellung nimmt die klassische Sectio cæsarea zur Hebesteotomie und zum extraperitonealen Kaiserschnitt ein? (*Archiv. f. Gyn.* 1910, Bd. XCI, H. 2).

— *Munch. mediz. Wochen.* 1910, S. 41.

LUCHSINGER. — *Zentralbl. f. Gyn.* 18 August 1908:

MARIOTON. — (Prof. Bar). De l'avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne classique conservatrice. (Thèse de Paris 1911, n° 4.)

MARTIN. — *Archiv. f. Gyn.* 1909.

MATHAEI. — Über extraperi Kaiserschnitt (*Bert. klin. Woch.* 1910, S. 368 et Discussion p. 412.

— *Munch. med. Woch.* 5, S. 269.

MEYER. — Der suprasymphysäre Kaiserschnitt (danische gynagologische Litteratur) *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* 1911, Bd XXXIII, H. 4.

MORAWSKI. — *Zentralbl. f. Gyn.* 1911, n° 31

MOUCHOTTE. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*.
Novembre 1908.

MULLER. — In Verein der Ärzte zu Wiesbaden (*Berl. klin. Woch.* 1909. S 1824.

— *Berl. klin. Woch.* 1911. S 1253.

NACKE. — Ein extraperitonealen Kaiserschnitt, die Frucht in positio occipitalis sacralis (*Zentralbl. f. Gyn.* 1909, n° 33.

NIJHOFF. — Erfahrungen mit dem suprasymphysare Querschnitt nach Pfannenstiel (*Zentralbl. f. Gyn.* 1909, n° 19. S 666.

NURNBERGER. — Zur Geschichte der extraperitonealen Kaiserschnittes (*Zentralbl. f. Gyn.* 1909, n° 26. S 899).

OLOW. — Zur Frage der Uterusrupturgefahr nach dem cervicalen Uterusschnitt (*Zentralbl. f. Gyn.* 1910, n° 31. S 1047, 2212).

OLSHAUSEN. — Zur Kaiserschnittfrage (*Zentralbl. f. Gyn.* 1909, n° 43).

OPITZ. — In internationaler Kongress in St-Petersburg (*Zentralbl. f. Gyn.* 1910, n° 45).

— Zur Technik des Kaiserschnittes (*Zentralbl. f. Gyn.* 1911, n° 27).

— In 83. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Karlsruhe (*Zentralbl. f. Gyn.* 1911, n° 43. S 1485).

PANKOW. — Placenta pævia (*Zentralbl. f. Gyn.* 1908 S 1366).

— Kaiserschnitt der Beckenspaltung (*Zentralbl. f. Gyn.* 1910. Bd LXVII. H 1).

PEHAM. — *Zentralbl. f. Gyn.* 25 Januar. 1902.

PESTALOZZA. — Internationaler Kongress in St-Petersburg
(*Zentralbl. f. Gyn.* 1910, n° 45).

PETERS. — Zur sectio cæsarea cervicalis posterior nach
Polano (*Zentralbl. f. Gyn.* 1911, n° 45).

PFANNENSTIEL. — Zur Indikation und Technik des cervica-
len Kaiserschnittes (*Zentralbl. f. Gyn.* 1908 n° 10.)

— Über die Transperit. sectio cæsarea mittels
unteren Langsschnitt (*Deutsche mediz. Woch.* 1908,
n° 40.)

POLANO. — Über Sectio cæsarea cervicalis posterior (*Berl.
kl. Woch.* 1911, S. 1826.)

POIRIER et CHARPY. — *Traité d'anatomie*, t. 2, 3^e fasc. : les
Veines par CHARPY ; t. 2, 2^e fasc. ; les artères, par
POIRIER ; t. 5, 1^{er} fasc. : la Vessie, par DELBET ;
l'Utérus, par RIEFFEL.

PRÜSMANN. — Der cervicale Kaiserschnitt (*Munch. mediz.
Woch.* 1910 n° 1.)

— *Munch. mediz. Woch.* n° 11, 1910.

PUPPEL. — Sectio cæsarea transperitonealis (*Monatsch. f.
Geb. u. Gyn.* 1909. Bd XXIX. S. 368.)

RECLUS, KIRMISSON, PEYROT et BOUILLY. — *Pathologie
externe*, t. IV.

REIFFERSCHIED. — *Zentralbl. f. Gyn.* 1909. n° 33.

— *Deutsche mediz. Woch.* 6. S. 294.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'Obstétrique.

RIECK. — *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* 1901.

RICHTER. — Zur Kritik des cervicalen Kaiserschnittes.
(*Arch. f. Gyn.* Bd. XCI. H. 2.)

RÖMER. — Statistisches zur Hebosteolomie und zum suprasymphysaren Kaiserschnitt. (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1911. Bd LXVIII. H. 2.)

RUBESKA. — Sectio coesarea cervicalis (*Zentralbl. f. Gyn.* 1908, 25 april). Über den extraperit. kaiserschnitt (*Zentralbl. f. Gyn.* 1909, nr 33.) Wiederholter suprasymphysaren Kaiserschnitt (*Zentralbl. f. Gyn.* 1910 S. 1164.)

RUEDER. — Wiederholter suprasymphysaren Kaiserschnitt
(*Zentralbl. f. Gyn.* 1911 nr 32.)

ROSENFELD. — *Berlin. kl. Woch.* 1910, p. 644.

RUHLE. — Bemerkungen zum suprasymphysaren Kaiserschnitt (*Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* 1909, S. 775.) et
Discussion Über die Latzkosche Operation bei sub.
peritonealer Uterus-ruptur (*Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* 1910, Bd XXXII. H. I. S. 110.)

RUNGE. — Erfahrungen bei dem suprasymph. Kaiserschnitt. (*Archiv. f. Gyn.* 1909. Bd. 89. H. 2.)

SAEXINGER. — Gefrierdurschnitt einer Kreissenden.

SCHAUTA. — Ein Wort für den klassischen Kaiserschnitt
(*Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* 1900. Bd. XXXI. H. 1. S. 4)

SCHEFFZECK. — Die Uterus narbe des korporealen und cervicalen Kaiserschnitt und ihre Chancen bei späteren Schwangerschaften und Geburten. (*Zeitsch. f. Geb. in. Gyn.* 1910, Bd. L XVII. H. 3).

SCHEURER. — *Zentralbl f. Gyn.* 1911, n° 31.

SCHICK. — *Deutsch mediz. Woch.* 1911. n° 37.

SCHNEIDER. — *Berlin, kl. Woch.* 1911. S. 1253.

SCHRODER. — Der Schwangere und kreissende Uterus.

SEELIGMANN. — Hebosteotomie oder extraperit. Kaiserschnitt. (*Berl. kl. Woch.* 1911. p. 1826.)

SEITZ. — *Monatsh f. Geb. n. Gyn.* 1909. S. 123.

SELLHEIM. — Die Technik des extrap. Uterusschnittes und der Entbindung durch die Uterusbauchdeckenfistel (*Beitrage zur. Geb. n. Gyn.* 1909. Bd. XIV, H. 1.)

— Weiteres über die modernen Bestrebungen zur Veränderung der Kaiserschnittstechnik (*Beitr. Zur. Geb. n. Gyn.* 1911. Bd XVI. H. 2).

— Topographischer Atlas zur normalen und. pathologischen Anatomie des Weiblichen Beckens.

— Etwas zur Einfachheit und Schonung beim extraperitonealen Uterusschnitt (*Monatsh. f. Geb. u. Gyn.* 1911. Bd. XXXIV. H. 1).

— Die Entbindung durch die Uterusbauchdeckenfistel (*Zentralbl f. Gyn.* 1908. 16 mai.)

— Die Gefahren der natürlichen Geburtsbestrebungen bei Placenta praevia und ihre Verminderung durch den extraperitonealen Uterusschnitt (3 oktober.)

- Weiteres vom extraperitonealen Uterusschnitt,
(id n° 10), Der extraperitoneale Uterusschnitt
(id n° 5.)
- SIGWART. — Zur Behandlung der Placenta prævia (*Zentrabl. f. Gyn.* 1910. n° 28.)
- In Discussion de la Communication de Henkel
(*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1910. Bd LXVII. H 1).
- SOLMS. — Der Flankenkaiserschnitt (*Zentrabl. f. Gyn.* 1909,
n° 51).
- SPAETH. — *Berl. kl. Woch.* 1908. S 1077.
— *Zentrabl. f. Gyn.* 1908, n° 20.
- STANDE. — *Berl. kl. Woch.* 1911. S. 1578.
- STOLZ. — *Zentrabl. f. Gyn.* 1909, n° 41.
- STOWE — *American Journal of Obstetrics.* Juin 1909.
- STRASZMANN. — In Discussion de la Communication de
Henkel (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1910. Bd LXVII. H 1).
- STREIT. — *Zentrabl. f. Gyn.* 1910. S 1386.
- TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN. — *Traité d'accouchements.*
- THOMAS GAILLARD. — Gastroélytrotomie (*Amer. journ. of
Obst.* 1870).
- THORN. — *Zentrabl. f. Gyn.* 1909, n° 42 et Discussion S 1471.
- TOPFER. — Solm'sche Méthode (*Berl. kl. Woch.* 1910. S
549. Discussion. S 669).

TRAUGOTT. — Relaparotomie nach cervicalem Kaiserschnitt (*Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* 1911. Bd XXX III. H 3),

ULHMÖLLER. — Versuch eines extraperitonealen Kaiserschnittes nach Sellheim (*Zentrabl. f. Gyn.* 1908, n° 45).

VEIT. — Zur weiteren Verbesserung der Kaiserschnittstechnik (*Zentrabl. f. Gyn.* 1911, n° 16.)

— *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* 1907. Bd XXVI. H 1 et 2.

WALCHER. — Zur Methode und Indikationserweiterung des cervicalen Kaiserschnittes (*Munch. med. Woch.* 1911, n° 4.

WALDEYER. — Beiträge zur Kenntnis der Lage des weiblichen Beckenorgan.

WIÉMER. — *Zentralbl. f. Gyn.* 1908. n° 39.

YAMASAKI (Japon). — Über Geburten bei Engen Becken. (*Archiv. f. Gyn.* 1910. Bd. XCI. H. 2).

ZWEIFEL. — Über die Sectio cæsarea suprapubica subperitonealis mediana (*Zentralbl. f. Gyn.* 1910. S. 1686.)

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre I. Introduction.....	9
— II. Historique.....	11
— III. Principe de la méthode.....	12
— IV. Considérations anatomiques particulières à la femme enceinte.....	15
— V. Indications.....	18
— VI. Contre-indications.....	23
— VII. Généralités sur les différents temps de l'opération.....	25
— VIII. Les différentes techniques.....	33
— IX. Mortalité post opératoire.....	41
— X. Incidents opératoires.....	44
— XI Suites de couches et complications. Morbidité.....	46
— XII. Suites tardives.....	49
— XIII La cicatrice utérine et le danger de rupture.....	52
— XIV. Les grossesses ultérieures.....	54
— XV. Césariennes extrapéritonéales itératives.....	56
— XVI. Avantages.....	58
— XVII. Objections.....	62
— XVIII. Comparaison avec les autres opérations obstétricales Discussion... ..	67
— XIX. Conclusions.....	74
— XX. Observations.....	77
— XXI. Index bibliographique.....	81

